

APR 9 3 1923 Medical Lib.

VI<sup>e</sup> Série. — Tome IV.

N<sup>o</sup> 3. — Mars 1923.

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

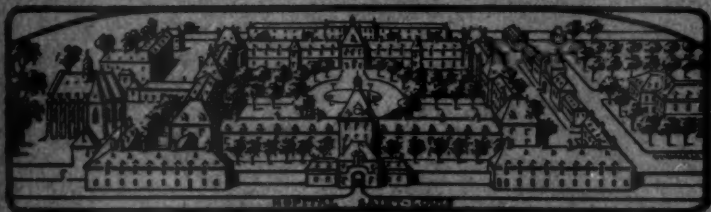
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

129, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Rédacteur en Chef,

17, rue Bailin, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.88).

Prix de l'abonnement pour 1923 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie

# IONOÏDE DE BISMUTH

**Bismuth colloïdal chimiq<sup>e</sup> pur**

**Très actif. — Ne provoque aucun des phénomènes d'intolérance signalés dans les traitements antisyphilitiques**

(Communications des D<sup>rs</sup> LACAPÈRE et GALLIOT. — Mai 1922)

*Sté de Syphiligraphie et Dermatologie. — Sté de Médecine de Paris*

**Utilisé en injections intraveineuses. — Peut être absorbé par voie buccale**

**LES IONOÏDES — Colloïdes chimiq<sup>e</sup> purs — Procédé E. Fouard**

Dépôt : DARRASSE Frères. — PARIS, 13, rue Pavée

## EPILEPSIE

**Neuveau Traitement absolument inoffensif par le Tartrate Borico-Potassique soluble et ch<sup>er</sup> par L. PACHAUT**

Tubes de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 5 gr. et 10 gr. — DOSE MOYENNE : De 3 à 4 gr. par jour. — Pour les Enfants : Réduire suivant l'âge; dissoudre dans de l'eau au moment de l'emploi un tube à prendre en une seule fois ou par fractions, suivant l'indication du Médecin. — L. PACHAUT, 130, B<sup>is</sup> Beaumarchais, Paris et D<sup>rs</sup> Pharm.

## PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Tonique du système nerveux, sans aucun effet nocif dans les divers DERMATOSES. Recommandable dans tous les états de faiblesse. Un cachet à déjeuner et dîner. 130, B<sup>is</sup> Beaumarchais, PARIS, et toutes Pharmacies.

## VALERIANE liquide de L. PACHAUT

Recommandée par le Corps Médical dans les **NERVEUX** et en particulier dans les **NERVEUX** d'origine nerveuse : 1 à 6 cuillerées à café par jour. — 130, B<sup>is</sup> Beaumarchais, PARIS, et toutes Pharmacies.







## TRAVAUX ORIGINAUX

### RÉACTIONS DE WASSERMANN ET DU BENJOIN COLLOIDAL PROVOQUÉES DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

par MM.

CESTAN, Professeur  
de Clinique Neuropsychiatrique,

RISER  
Chef de Clinique,  
(Toulouse).

et BONHOURE  
Interne des Hôpitaux,

La réaction de Wassermann peut être négative dans le sang de malades atteints de syphilis latente ; or, chez certains de ces malades il est possible de rendre temporairement cette réaction positive ; pour ce faire, on a recours à une ou plusieurs injections de mercure ou d'arsenic à petites doses, et le sang est examiné de nouveau, 10, 15, 20 jours après l'injection provocatrice. Cette réactivation étudiée par Milian, Gennerich, Renaud, Petges, Plaut, Boas, Pease, Kall, Ravaut, Jeanselme, Head et Fearnside, Bergeron et Jouffray, Nicolas et Charlet, etc., est spécifique et fréquente ; elle permet de dépister des syphilis jusque-là méconnues. Malgré l'avis de King, Gutfeld (mauvaise technique), Kreftig, c'est « une réaction de haute valeur diagnostique » (Audry, Nanta, Chatellier).

Cette méthode précieuse peut-elle être appliquée au diagnostic étiologique des névraxites syphilitiques ? Peut-on au début ou au cours de celles-ci, faire apparaître la réaction Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et quelle est la valeur de cette réaction provoquée ? Ce sont là des questions de grand intérêt. On sait en effet, qu'au début ou à la fin de l'évolution de certaines névraxites syphilitiques la réaction Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien peut être négative ; on sait que cette réaction n'est probablement pas la première en date des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien (Ravaut). Mais il est nécessaire de réactiver la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien de telle sorte que ce phénomène ne puisse être mis sur le compte d'une vulgaire filtration du plasma à travers les vaisseaux méningés lorsque la réaction de Wassermann du sang est fortement positive.

C'est ainsi que chez un syphilitique dont le névraxe est intact, chez lequel la réaction de Wassermann du sang est positive, l'intro-

duction par rachicentèse dans les espaces sous arachnoidiens d'une substance irritante détermine une forte réaction méningée avec exsudation de plasma dans le liquide céphalo-rachidien ; dans ces conditions et pendant 24 à 48 heures la réaction Wassermann du liquide peut être positive ; mais il ne s'agit pas dans ces cas d'une véritable réaction Wassermann provoquée. Pour qu'il y ait réactivation véritable, il est nécessaire d'injecter au malade un agent tréponémicide : arsénobenzène ou mercure, en petite quantité par voies intraveineuse ou musculaire. Dans ces conditions la réaction de Wassermann ou la réaction du benjoin provoquées dans le liquide céphalo-rachidien vers le dixième jour n'apparaissent que chez les sujets atteints de névrauxite syphilitique.

Avant d'affirmer ces faits, il est nécessaire de connaître les variations spontanées de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques nerveux ; en effet, il ne faut parler de réactivation qu'à bon escient, et ne pas oublier qu'à la période septicémique, par exemple, la réaction de Wassermann peut apparaître spontanément dans le liquide céphalo-rachidien ; la réaction de Wassermann peut être négative au début d'une névrauxite syphilitique et devenir spontanément positive quelques semaines, quelques mois après le premier examen (Ravaut (1)).

Si dans l'intervalle une injection d'arsenic a été pratiquée il ne conviendra donc pas, pour plus de prudence de parler d'une réaction de Wassermann provoquée.

Mais en dehors de ces cas, chez les malades atteints depuis longtemps de névrauxite syphilitique, les réactions de Wassermann et du benjoin peuvent être et demeurer négatives à moins que ne se développent d'autres lésions. En général les variations spontanées de ces réactions sont plus rares certainement que la variation de la lymphocytose (Sicard et Bloch) (2). Nous avons étudié la provocation dans le liquide céphalo-rachidien de la réaction de Wassermann et du benjoin sous l'influence d'une ou plusieurs injections à petites doses d'un arsénobenzène ; nous n'avons pas utilisé d'observations de syphilis septicémiques et de réactions méningées secondaires tardives. En effet Ravaut (3) a étudié

(1) RAVAUT, Quand doit-on examiner le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique. *Presse méd.*, oct. 1919.

(2) SICARD et BLOCH, Variations quantitatives de la lympho-rachid. chez les tabétiques non traités. Influence de la statique. *Soc. méd. Hôp.*, juillet 1911, p. 77.

(3) P. RAVAUT, Les réactions nerveuses tardives observées chez certains

d'une manière approfondie les neurorécidives que les arsenicaux et le mercure déterminent parfois chez ces malades.

Tout d'abord nous avons recherché si l'injection d'un arsénobenzène provoque une réaction de Wassermann positive chez les non syphilitiques ; cette question en effet a reçu des réponses différentes, aussi l'avons-nous étudiée avec soin chez 33 sujets non syphilitiques atteints d'affections neurologiques ou mentales ; or dans ces conditions nous n'avons jamais vu apparaître les réactions de Wassermann ou du benjoin.

D'autre part, il convenait de s'assurer que l'injection provocatrice ne déterminait pas l'apparition des réactions syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien de vérolés dont le système nerveux était indemne. Or il n'en fut rien 18 fois sur 18 cas examinés. Enfin chez les malades ayant présenté ou présentant des signes indiscutables de névraxite syphilitique les réactions de Wassermann et du benjoin ont pu être provoquées dans un nombre très appréciable de cas permettant souvent un diagnostic étiologique qu'il importait absolument de préciser (1).

# I

## LES ARSÉNOBENZÈNES NE PROVOQUENT PAS LES RÉACTIONS DE WASSERMANN ET DU BENJOIN CHEZ LES NON SYPHILITIQUES

C'est là un fait très important basé sur des recherches précises ; en effet la réaction de Wassermann provoquée serait totalement dépourvue de valeur si on pouvait la faire apparaître à volonté chez les non syphilitiques, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Or, Strickler, Munson et Sidlik (2) ont prétendu que l'injection de néo pouvait faire apparaître une réaction de Wassermann + dans le sang de non syphilitiques ; ils ont étudié à ce point de vue 30 malades sans antécédents spécifiques atteints de derma-

syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo-vascularite syphilitique. *Presse médicale*, 2 mars 1912.

(1) Il va sans dire que les mêmes techniques ont été employées pour tous les examens : Albuminométrie de Rayaut et Boyer. Cellule de Nageotte, même antigène Wassermann et même technique (Calmette et Massol), même solution de Benjoin.

(2) STRICKLER, MUNSON et SIDLIK, Réaction de Wassermann + après injection de néo chez les non syphilitiques (*Journ. of the Amer. Méd. Assoc.*, 27 nov. 1920).



[illegible]

tites « à coup sûr pas syphilitiques » et dont la réaction de Wassermann était strictement négative. On a injecté hebdomadairement 0 gr. 50 de néo à chaque sujet et la réaction de Wassermann était alors examinée chaque semaine. Dans plusieurs cas, une ou deux injections suffirent pour rendre la réaction de Wassermann parfaitement positive (Observ. 4, 8, 9, 14). Cette réaction de Wassermann provoquée devenait négative aussitôt que cessait le traitement. La réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien n'a pas été recherchée.

Cependant après de nombreuses expériences Kilduffe (1) écrivit que des injections de néo (1 à 2 centigr. par kilogr.) faites à des lapins sains, n'avaient jamais provoqué de réaction de Wassermann positive.

Jeanselme, Ravaut (*loc. cit.*), Dreyfus (2) certifiaient déjà en 1912 que le « Salvarsan » ne provoque jamais de modifications du liquide céphalo-rachidien chez des malades non syphilitiques dont le liquide était normal avant l'injection.

Nous avons pensé qu'il était bon d'apporter une contribution personnelle à propos d'une question aussi importante et aussi discutée. Nous avons choisi 33 sujets dont la réaction de Wassermann et la réaction de Hecht étaient nettement négatives dans le sang ; dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal, la réaction de Lange étaient également négatives ; aucun antécédent syphilitique ne fut relevé.

On administra à ces sujets, 1, 2 à 3 injections intraveineuses ou intramusculaires de 0 gr. 30 de néo ou de 0, 42 de sulfarsénol ; 10 à 18 jours après la dernière injection, on pratiquait une nouvelle ponction lombaire et une nouvelle prise de sang ; les réactions de Wassermann, de Hecht, du benjoin, de Lange étaient à nouveau mises en œuvre. *Chez des sujets sains, sans signe de syphilis acquise ou héréditaire l'arsénobenzol n'a jamais fait apparaître une réaction de Wassermann + ou une réaction du benjoin + dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien.*

Voir tableau récapitulatif de nos observations, p. 148-149.

(1) KILDUFFE, Effet des injections intraveineuses de néo (*Journ. Amer. méd. Assoc.*, 28 mai 1921).

(2) DREYFUS, Expérimentation du Salvarsan (*Münch. Mediz. Wochen.*, 1912, n° 33, page 1801).

## II

LES ARSÉNOBENZÈNES NE PROVOQUENT PAS DE RÉACTIONS DE WASSERMANN ET DU BENJOIN + DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN CHEZ DES SYPHILITIQUES DONT LE NÉVRAXE EST INDEMNÉ.

Chez un syphilitique dont le système nerveux est intact, dont le liquide céphalo-rachidien est normal, chez qui la réaction de Wassermann du sang est +, l'injection provocatrice de néo ne fait pas apparaître les réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien. C'est là une constatation très importante, car s'il en était autrement la réaction de Wassermann provoquée dans le liquide rachidien serait sans valeur pour déceler une atteinte du système nerveux.

Ravaud (1) avait déjà constaté le fait en 1912 : chez 8 vieux syphilitiques, indemnes de tout accident nerveux, ayant reçu des injections de 606, le liquide céphalo-rachidien fut légèrement modifié dans 4 cas mais la réaction de Wassermann demeura toujours négative. Jeanselme et Chevallier (2) firent les mêmes constatations.

Mais répétons qu'il convient de ne pas tenir compte des cas de syphilis secondaire éruptive ; on sait en effet qu'à la période septicémique de la vérole les réactions méningées sont très fréquentes et la réaction de Wassermann + peut apparaître spontanément dans le liquide rachidien de tels malades ; il ne faudrait pas mettre ce phénomène sur le compte d'une ou deux injections provocatrices.

Il est donc nécessaire de ne pas utiliser (pour éclairer la question que nous avons posée) les malades atteints de syphilis éruptive. Par contre chez 16 syphilitiques anciennement contaminés, dont la réaction de Wassermann du sang était positive, soit d'emblée, soit après réactivation, sans signes cliniques ni humoraux de syphilis nerveuse, les injections provocatrices de néo n'ont pas fait apparaître les réactions de Wassermann et du benjoin dans le liquide céphalo-rachidien.

Voici un tableau récapitulatif de nos observations.

(1) RAVAUD, Les réactions nerveuses, tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo-vascularite syphilitique. *Presse médicale*, 2 mars 1912.

(2) JEANSELME et CHEVALLIER, Méningopathies syphilitiques. *Revue de médecine*, 1912.



Observat.	Diagnostic	1 <sup>re</sup> ponction			R. W. dans le sang	Néo ou Sulfarsén.	2 <sup>e</sup> ponction et suivantes			R. W. sang après injection
		Alb.	Cellul.	R. W.			Date après la dernière injection	Alb.	Cellul. R. W. Benjoin	
1	Femme 29 ans, syphilis en 1910, traitée.	gr.			+++	0,48 Sulfar.	15 jours	gr.	Pas de modificat.	++
2	« Ulcère variqueux », homme 42 ans, chancre à 25 ans.	0,60	1	—	++	0,45 et 0,60 Néo à 8 jours d'interv.	3 jours	0,60	4	++
3	Femme 32 ans, chancre à 22 ans, bien traitée.	0,25	0,8	—	+++	0,30 Néo.	15 jours		Pas de modificat.	++
4	Femme de 40 ans, aortique et hypertendue.	0,25	2	—	+++	0,30 Néo.	10 et 15 jours		id.	+++
5	Homme 40 ans, syphilis à 19 ans, néphrite chronique.	0,30	1	—	+++	0,30 Néo.	15 jours	0,60	1,2	+++
6	Asystolique et angineux, 55 ans.	0,45	1	—	+++	0,30 Néo.	15 jours	0,30	1	+++
7	Homme 29 ans, céphalée, nie la syphilis.	0,30	0,5	—	—	0,30 Néo.	15 jours	0,30	4	++
8	Mari d'une tabétique, douleurs membres inférieurs.	0,30	1	—	—	0,30 Néo.	15 jours	0,30	4	+++
9	Homme de 42 ans, syphilis latente.	0,25	1	—	—	0,30 Néo.	15 jours		Pas de modificat.	+++
10	Syphilis papuleuse, céphalée, néphrite aigüe hémorragique, tétère à 18 ans, 40 ans.	0,40	15	—	+++	0,30, 0,60, 4 fois à 10 jours d'interv.	2 ponctions 10 j. après la 1 <sup>re</sup> et la 3 <sup>e</sup> inject., liq. cep.-rach. sans modif.			+++
11	Femme 38 ans, syphilis floride à 25 ans, soignée.	0,75	2	—	++	0,48 Sulfar., 3 fois à 10 jours d'int.	3 ponctions. 10 j. après chaque inject. liq. cep.-rachid., non modifié.			++
12	Hémiplégie récente, chez un grand hyperendu de 41 ans.	0,60	1	—	++	id.	id.			++
13	Hémiplégie datant de 3 mois chez un hyperendu de 44 ans. Inégalité pupillaire.	1		—	++	id.	id.			++
14	Gomme et ulcérations multiples : homme 40 ans.	0,30	0,5	—	++	0,30 et 0,60 Néo, 2 fois, 8 j. d'int.	2 ponctions, 10 j. après la 1 <sup>re</sup> et la 3 <sup>e</sup> inject., liq. cep.-rach. non modifié.			+++
15	Néphrite chronique.	0,30	1	—	++	0,48 Sulfar., tous les cinq jours	3 ponctions à 10 j. interv., la 1 <sup>re</sup> faite 8 jours après la 1 <sup>re</sup> injection.			++
16	Syphilis latente ; femme 38 ans.	0,40	1	—	++	id.	id.			++
17	Adénite cervicale et ulcérations.	0,25	0,7	—	++	id.	id.			++
18	Syphilis latente.	0,30	0,5	—	++	id.	id.			++

N. B. On remarquera que certains des liquides examinés présentaient une hyperalbuminose nette. Or chez un syphilitique, l'hyperalbuminose isolée signifie presque toujours que le système nerveux a été anciennement atteint par le tréponème. Mais cette atteinte n'a pu intéresser que la mésentère sans léser les parenchymes sous-jacents (obs. 1 et 11, par exemple). Dans les observations 12 et 13 concernant des hémiplégies récentes, il est possible que les accidents puissent être imputés à la varicelle ; cela dépendant n'est pas certain.

No  
attei  
anci  
peut  
isolé  
Chez  
de d  
le li  
tres  
veus  
céph  
les  
l'été  
car  
ces  
benj  
inté  
Ca  
dien  
névr  
cert  
R  
en r  
syph  
mar  
E  
p. 2  
sou  
rach  
lésé  
s'ag  
fort  
ces  
le p

### III

#### RÉACTION DE WASSERMANN ET RÉACTION DU BENJOIN PROVOQUÉES DANS LA SYPHILIS NERVEUSE

Nous voyons assez souvent des malades, syphilitiques avérés, atteints de lésions plus ou moins accusées, plus ou moins anciennes du système nerveux ; leur liquide céphalo-rachidien peut être normal ou ne présenter que de l'hyperalbuminose isolée. Réactions de Wassermann et du benjoin sont négatives. Chez certains d'entre eux le diagnostic étiologique ne souffre pas de difficultés, par exemple il s'agira de tabétiques anciens dont le liquide céphalo-rachidien est normal ou peu modifié. D'autres présentent des manifestations plus frustes de syphilis nerveuse, ce sont alors des sujets plus jeunes dont le liquide céphalo-rachidien peut être fortement ou légèrement altéré ; mais les réactions de Wassermann et du benjoin sont négatives et l'étiologie de l'affection demeure imprécise. Une injection provocatrice de salvarsan peut-elle faire apparaître dans le liquide de ces malades une réaction de Wassermann ou une réaction de benjoin ? Oui, dans bien des cas et ce fait est d'un considérable intérêt.

Cependant, disons de suite que si les cas de réactivation rachidienne sont fréquents dans les vieilles lésions syphilitiques du névraxe, il n'en est pas de même dans la période de début de certaines syphilis du système nerveux.

Résumons tout d'abord les travaux qui ont trait à la question, en rappelant une fois encore, qu'il convient d'écarter les cas de syphilis septicémique au cours de laquelle la réaction de Wassermann rachidienne peut spontanément apparaître.

En 1913 (Ravaut et Scheikevitch. *Ann. Derm. et Syph.* 1913, p. 206) montrèrent que le Salvarsan à certaines doses augmentait souvent les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques dont le système nerveux était lésé, en particulier au cours de la « période secondaire » ; il s'agissait, pensait-il, d'intolérance provoquée par des doses trop fortes. Par la suite Ravaut interpréta autrement quelques-uns de ces faits qu'il attribua parfois à des réactions d'Herxheimer et le plus souvent à un traitement global insuffisant.

Fildes, Cantab, Mac Intosh, Aberd (1) n'étudièrent la réactivation de la réaction de Wassermann rachidienne que dans un seul cas de tabès stationnaire (obs. 144) réaction de Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien étaient — ; deux injections de 0 gr. 60 de néo ; 6 jours après, réaction de Wassermann + dans le sang et — dans le liquide ; 12 jours après *idem* ; il n'y eut donc pas réactivation.

Head et Fearnside (2) essayèrent de réactiver la réaction de Wassermann rachidienne dans deux cas de tabès (obs. 83, 144). Dans le premier cas, il s'agissait d'une radiculite vieille de 23 ans avec aréflexie, Argyll et arthropathie ; le 10 avril, injection de 0 gr. 90 de néo, la réaction de Wassermann rachidienne demeura toujours — ; la dose « réactivante » était probablement trop forte. Dans l'autre cas, la réaction de Wassermann apparut dans le liquide céphalo-rachidien 20 jours après deux injections de 0 gr. 60 de néo.

Dreyfus (3) écrivait en 1912 que le salvarsan ne provoque pas de modifications dans le liquide céphalo-rachidien normal ; cependant « de petites doses de salvarsan injecté à des malades dont le liquide n'est pas absolument normal peuvent amplifier les réactions du liquide, réaction cytologique surtout ».

L'Hypercétose provoquée par le salvarsan est signalée également par Leredde (4) (réactivation méningée) qui signale à ce propos la possibilité d'un nouvel élément diagnostique (obs. page 329) par Lévy Bing, Duroeux et Dogny (5) (obs. 14, 15, 16, 17) ; mais il s'agit là de syphilis papuleuses ; et d'ailleurs dans ces cas, la réaction de Wassermann rachidienne n'apparut pas malgré les injections de néo ; par Mayer et Gourdy (6) : « la lymphocytose rachidienne est plus précoce que la réaction de Wassermann et persiste après que celle-ci a disparu ; elle est réactivée par un

(1) FILDES, CANTAB MAC INTOSH ABERD, La réaction de Wassermann et ses applications à la neurologie. *Brain*, 1913-14, vol. 36, page 193.

(2) HEAD et FEARNIDES, Syphilis du système nerveux et réaction de Wassermann, traitement et Salvarsan. *Brain*, sept. 1914, vol. 27, page 1.

(3) DREYFUS, *loc. cit.*

(4) LEREDDE, Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis. Maloine, 1921, pages 30 et 43.

(5) LÉVY BING, DUROUX et DOGNY, Liquide céphalo-rachidien des syphilitiques traités par le salvarsan. *Annal. Mal. vénér.*, 1912, page 109.

(6) MAYER et GOURDY, La lymphocytose chez les syphilitiques. *Semana medica*, Buenos-Aires, tome 24, page 779.

traitement spécifique qui ne la fait pas apparaître chez les non-syphilitiques.

Milian et Lévy-Bing (1) rapportent un cas de tabès ancien avec lymphocytose modérée et réaction de Wassermann + ; une injection de 0 gr. 80 de néo détermina une augmentation nette et continue de la lymphocytose pendant que diminuait l'intensité de la réaction de Wassermann.

Cornaz (2) étudiant le syndrome humoral des tabétiques considère que la première et la deuxième injections de néo diminuent la lymphocytose, déterminent l'augmentation passagère de l'hyperalbuminose, et réactivent la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien dans 100 0/0 des cas.

Benard (3) rapporte un cas intéressant de réactivation de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien par un traitement assez prolongé : hémiparésie gauche spasmodique chez un homme de 43 ans. Premier examen du liquide céphalo-rachidien : 60 lympho, 0 gr. 70 alb., réaction de Wassermann — benjoin fortement +. Après administration de 2 gr. d'hectine en 15 jours, la réaction de Wassermann rachidienne fut trouvée +. Enfin Salomon et Klauder (4) étudièrent plus spécialement la question. Dans deux cas de syphilis nerveuse (obs. 7 et 8, myélite et méningite chronique), le salvarsan ne fit pas apparaître la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien (il est vrai que le liquide ne fut examiné que longtemps après les injections de néo). Dans 5 cas, la provocation de la réaction de Wassermann rachidienne fut suivie de succès : Obs. 1, Hémiplegie droite chez un homme de 36 ans, premier liquide céphalo-rachidien normal, réaction de Wassermann du sang — une injection de salvarsan (combien ?) « au bout de quelque temps » modifia le liquide céphalo-rachidien : réaction de Wassermann + LANGE +, 53 lympho ; Obs. 2, méningite chronique ; il ne saurait être question ici de réaction de Wassermann provoquée. En

(1) MILIAN et LÉVY-BING, Numération cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien et l'évolution de lésions. *Soc. Méd. Hôp.*, vol. 31, page 707.

(2) CORNAZ, Liquide céphalo-rachidien aux différentes périodes de la syphilis. *Journ. of Mental and nerv. diseases*, 1919, page 282.

(3) BENARD, Réact. du benjoin colloïd. et r. W. dans la syphilis nerv. *Soc. Biol.*, 2 juillet 1921, page 219.

(4) SALOMON et KLAUDER, Réactions provoquées dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis du névraxe. *Archiv. of Dermat. and Syphilo.* Chicago, déc. 1920, vol. 2, page 679.

effet le second examen du liquide céphalo-rachidien fut pratiqué 5 mois après la dernière injection d'une série de néo, faite en quelques mois.

Obs. 3, Tabès dont le liquide céphalo-rachidien de première ponction renferme 5 cellul. et un peu d'albumine ; réaction de Wassermann — dans le liquide et le sang. La réaction de Wassermann du liquide est fortement +, deux semaines après une injection intraveineuse et intrarachidienne d'arsenic ;

Obs. 4, Hémiparésie droite chez un vieux syphilitique dont le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann du sang —. Il ne saurait être question dans ce cas de réaction de Wassermann provoquée par une petite dose de néo, puisque 13 injections de néo ont été pratiquées ;

Obs. 5, Tabès chez une femme de 37 ans. Réaction de Wassermann — dans le liquide céphalo-rachidien de première ponction et + dans le liquide de seconde ponction... recueilli 9 mois après, à la suite de 32 injections de néo. Il ne saurait être question ici de réaction de Wassermann provoquée ;

Dujardin, (*Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis*, Maloine, 1921) pense que la réactivation peut exalter certaines réactions méningées, la lymphocytose en particulier.

Obs. 6, sans valeur.

Nous avons essayé de procéder plus systématiquement que certains des auteurs précédents. Pour ce faire, nous avons choisi des sujets non traités ou chez qui la première injection remontait à plusieurs années. Le liquide céphalo-rachidien de première ponction était soigneusement examiné, l'arsénobenzène était injecté à dose déterminée, et après une ou plusieurs injections à intervalles réguliers le liquide céphalo-rachidien était à nouveau examiné.

Nos observations comprennent deux groupes de faits bien différents :

- 1° Névrites syphilitiques anciennes ;
- 2° Affections du système nerveux à leur début ou en voie d'évolution.

#### OBSERVATIONS (personnelles).

##### NEVRITES SYPHILITQUES ANCIENNES. a) CAS OU LA RÉACTIVATION A ÉTÉ PROVOQUÉE

OBSERVATION I. — Canal..., 75 ans, vieille tabétique, réflexes tendineux tous abolis, inégalité pupillaire avec myosis à droite. P. D. réagit assez bien, à la lumière ; P. G. réagit moins bien ; incoordination

et abolition de la sensibilité profonde au niveau des membres inférieurs. Plus de douleurs fulgurantes depuis 8 ans, pas d'autres signes.

22 octobre : première ponction lombaire, alb. 0 gr. 35 ; Nonne et Pandy — ; lympho, 2 ; R. W. — avec un centicube de liquide par tube ; benjoin —.

3 novembre : 0 gr. 30 sulfar intraveineux.

18 novembre : Alb. 0 gr. 35 ; Nonne, Pandy, Benjoin — ; lympho 2 ; R. W. +++ avec 80 centièmes de centicube.

OBSERVATION II. — Bourdette, 83 ans. Tabès, myosis punctiforme, double Argyll, et pupilles déformées. Réflexes achilléens abolis, rotuliens conservés ; A 68 ans apparaissent des douleurs très vives, fulgurantes dans les jambes ; elles ont brusquement disparu 7 ans plus tard ; pas d'ataxie.

22 octobre : Alb. 0 gr. 35 ; lympho, 0,2, R. W., benjoin, Nonne Pandy —.

3 novembre : 0 gr. 24 sulfar intraveineux.

18 novembre : Alb. 1 gr. ; lympho, 5 ; Nonne, Pandy + faibles, benjoin + 0,011 ; R. W. +++.

15 mai, année suivante : L. C. — R. normal.

OBSERVATION III. — Galib..., 50 ans, tabès, aréflexie tendineuse membres inférieurs ; grande ataxie, gros troubles de la sensibilité profonde au niveau des membres inférieurs ; à l'heure actuelle céphalée persistante, très pénible ; crise entéalgiques, Argyll bilatéral.

24 novembre : L. C. — R. Hypertendu, Alb. 1 gr. 50 ; Nonne, Pandy, benjoin, R. W. —, 1 lympho ; la ponction calme la céphalée.

12 janvier : Alb. 1 gr. 25, Nonne, Pandy, R. W., benjoin — ; 1, 2, lympho ; 0 gr. 30 néointraveineux.

25 janvier : Alb. 0 gr. 80 ; Nonne, Pandy, benjoin —, R. W. +++.

3 avril : Alb. 1 gr., Nonne, Pandy, R. W., benjoin —.

OBSERVATION IV. — Cara..., 56 ans, céphalées légères, Argyll, bilatéral ; réflexes tendineux membres supérieurs et inférieurs normaux, pas de douleurs, pas de troubles de la motilité, ni des sphincters, syphilis à 19 ans, R. W. sang +++.

10 novembre : Alb. 1 gr., lympho, 2 ; Nonne, Pandy, R. W., benjoin —.

11 novembre : 0 gr. 30, néointraveineux.

26 novembre : Alb. 1 gr. 50, Nonne, Pandy, benjoin —, Noguchi + R. W. +++, avec 5/10 de centicube.

OBSERVATION V. — Besnier..., 74 ans, laryngite tertiaire, vieille syphilis soignée par le protoiodure. Jamais de douleurs dans les jambes, réflexes normaux ; inégalité pupillaire, par myosis P. G. Argyll unilatéral gauche. R. W. du sang +++ (Dr Chatellier).

17 février : Alb. 1 gr. ; lympho. 7. R. W. très faiblement +, avec 1 centicube, benjoin + 0, 0, 1/4, 1 3/4.



25 février : 0 gr. 45 népitraveineux.

7 mars : Alb. 1 gr. 50 ; Pandy et Nonne —, lympho 2 ; benjoin — ; R. W. +++ avec 50/100 centicube.

OBSERVATION VI. — Vialcaz..., femme de 68 ans, nie la syphilis, et toute espèce de maladies jusqu'à l'âge de 67 ans. A eu il y 6 mois, un léger ictus suivi de parésie dans les jambes et d'incontinence urinaire. A l'heure actuelle, même état, pas de Babinski, patellaires exagérées, sans clonus, achiliens normaux ; Argyll bilatéral.

21 mai : Alb. 3 gr. ; Nonne ++ ; lympho, 3 ; benjoin et R. W. —.

12 juin : 0 gr. 48 sulfar intraveineux.

20 juin : Alb. 1 gr. Nonne, benjoin, R. W. — ; lympho, 2.

30 juin : Alb. 0 gr. 70, Nonne, benjoin — ; lympho, 1 gr. 5 ; R. W. retard de l'hémolyse.

6 juillet : 0 gr. 48 sulfar intraveineux.

13 juillet : Alb. 0 gr. 50 ; Nonne — ; lympho, 1, benjoin — ; R. W. ++ ; (dans deux laboratoires, avec deux antigènes).

OBSERVATION VII. — Gineste..., homme de 58 ans, nie la syphilis. Présente depuis un an de l'incontinence urinaire, alternant avec de la rétention, pas de trouble de la sensibilité, ni de la coordination. Quadruple aréflexie des membres inférieurs ; pupilles inégales, déformées. Argyll bilatéral.

17 mai : Alb. 0 gr. 25, cellules 7, Nonne, benjoin, R. W. — ; Sang R. W. ++.

25 mai : 0 gr. 48, sulfar intraveineux.

5 juin : Alb. 0 gr. 30 ; lympho, 6 ; benjoin et R. W. — ; à partir du 5 juin, la malade a reçu une injection de 0 gr. 48 et deux de 0 gr. 60 de sulfar intraveineux en trois semaines.

26 juin : Alb. 0 gr. 30 ; 5 lympho ; benjoin ; R. W. retard de l'hémolyse.

18 juillet : Alb. 0 gr. 40 ; lympho, 1 ; Nonne et benjoin — ; R. W. ++ (dans deux laboratoires avec deux antigènes).

OBSERVATION VIII. — Loubet..., 63 ans, pseudo-bulbaire par série de petits ictus survenus il y a trois ans ; hyper réflexivité, réflexes pupillaires normaux ; dans le sang la R. W. est — ;

14 janvier : Alb. 0 gr. 60 ; 5 lympho ; R. W. et benjoin — ; Pandy et Nonne ++, 0 gr. 30 néo intraveineux.

2 février : Alb. 0 gr. 25 ; Pandy et Nonne ++ ; R. W. — avec 1 centicube de liquide ; benjoin +, 0, 1/4, 1/4, 1/4, sang ; R. W. —.

(Peut-on affirmer chez ce malade l'origine spécifique de l'artérite cérébrale, alors que la R. W. du sang et du liquide sont demeurées ? Nous pensons que dans ce cas, la réactivation du benjoin a une valeur sémiologique absolue et qu'une réponse affirmative est possible).

OBSERVATION IX. — Bed..., 24 ans, hérédo-syphilitique, pemphigus à la naissance, splénomégalie à 15 ans. A 18 ans, crises comitiales



qui augmentent progressivement d'intensité. A l'heure actuelle, 4 à 6 crises par jour, diminution psychique. Sang, R. W. +++.

1<sup>er</sup> novembre : Alb. 1 gr., lympho ; 0 gr. 5 ; benjoin, R. W. et Lange —.

3 injections de 0 gr. 45 néo, à une semaine d'intervalle.

2 injections de 0 gr. 48 sulfar dans les mêmes conditions.

15 janvier : Alb. 1 gr. 50, cellules 9,5 ; R. W. — ; benjoin fortement + 0, 1, 1, 2.

b) Cas où la réactivation n'a pas été obtenue.

OBSERVATION X. — Homme de 62 ans, tabétique depuis l'âge de 30 ans. A l'heure actuelle, plus de douleurs, pas de troubles sphinctériens, aréflexie tendineuse des membres inférieurs ; aux membres supérieurs réflexes vifs, double Argyll et myosis.

1<sup>er</sup> avril : Alb. 1 gr. ; lympho, 0,8 ; Pandý, Nonne, R. W. et benjoin — ; 4 injections de 0 gr. 30 néo intraveineux à 10 jours d'intervalle précédées chaque fois d'une ponction lombaire ; on n'a jamais trouvé le L. C.-R. modifié.

OBSERVATION XI. — X..., femme de 72 ans, vieille tabétique, a eu à 40 ans des crises gastriques avec hématomèses, rétention urinaire et douleurs fulgurantes ; à 60 ans, les douleurs ont disparu. A l'heure actuelle pupilles punctiformes immobiles à la lumière et à l'accommodation, tous les réflexes tendineux sont abolis, ataxie légère et perte du sens des attitudes au niveau des membres inférieurs.

7 mai : Alb. 1 gr., lympho, 1 ; Pandý, Nonne, benjoin et R. W. — ; 0 gr. 30, néo intraveineux.

17 mai : Alb. 1 gr., lympho, 1 ; R. W., benjoin, Pandý et Nonne — ;

27 mai : Alb. 1 gr., lympho, 0 ; R. W., benjoin, Pandý et Nonne — ;

12 juin : Alb. 1 gr., lympho, 0 ; R. W., benjoin, Pandý et Nonne — ;

OBSERVATION XII. — Bellam..., 61 ans. A 45 ans aurait eu une poussée fébrile avec douleurs dans les jambes et légère amyotrophie des groupes antérieurs. Incontinence urinaire depuis 10 ans, Argyll unilatéral et myosis du même côté. Quadruple aréflexie des membres inférieurs R. W., + dans le sang.

1<sup>er</sup> mai : Alb. 0 gr. 30 ; 3 lympho ; R. W., Nonne, Pandý et benjoin — ; 5 injections de 0 gr. 48 de sulfar ont été pratiquées à 10 jours d'intervalle. Chacune de ces injections était précédée d'une ponction lombaire. Aucune modification du L. C.-R. n'a été constatée.

OBSERVATION XIII. — Auz..., 64 ans, vieux tabès avec douleurs, Argyll et myosis bilatéraux ; aréflexie tendineuse complète ; ataxie légère, incontinence urinaire.

1<sup>er</sup> août : Alb. 0 gr. 40 ; lympho, 4 ; Nonne, benjoin et R. W. — ; 5 injections de 0 gr. 30 de néo ont été pratiquées à 10 jours d'intervalle, ainsi que 5 nouvelles ponctions lombaires. Aucune modification du L. C. R.

OBSERVATION XIV. — Y..., homme de 62 ans, méningo-myélite survenue à 38 ans, d'abord flasque, puis assez rapidement spasmodique,

anesthésie, troubles sphinctériens marqués ; incontinence urinaire et constipation habituelle. A l'heure actuelle paraplégie spasmodique et double Babinski, hypoesthésie remontant jusqu'à l'ombilic ; Argyll bilatéral.

1<sup>er</sup> janvier : Alb. 2 gr. ; lymphe, 3, Pandey, Nonne R. W. et benjoin — ; 0 gr. 30 néo intraveineux.

18 janvier : Alb. 2 gr., lymphe, 6 ; Pandey, Nonne, R. W. benjoin —.

#### NÉVRAXITES SYPHILITIKES EN ÉVOLUTION

OBSERVATION XV. — Z..., femme de 34 ans, tabès gastrique depuis 2 ans, crises gastriques douloureuses très marquées et fréquentes, vomissements, pupilles ne réagissent que faiblement à la lumière, réflexes achilléens très faibles, rotulien droit très diminué.

1<sup>er</sup> mai : Alb. 0 gr. 20 ; Nonne, Pandey et R. W. — ; lymphe, 1, 2, benjoin + 1/4, 1/4, 1/4, 1/4. 0 gr. 12 sulfar intraveineux.

7 mai : 0 gr. 12, sulfar intraveineux.

18 mai : Alb. 0 gr. 20, Nonne, Pandey — ; lymphe, 1 ; benjoin + 0, 1/4, 1/4, 1/4 ; R. W. + faible.

OBSERVATION XVI. — Roux..., ictus et légère hémiparésie à 37 ans, R. W. du sang + ; à 39 ans, apparaissent des crises épileptiques ; à ce moment le L. C.-R. ne renferme que 1 gr. d'album, R. W. — ; traitement intensif par le néo qui améliore le malade au point de vue nombre et intensité des crises. Trois mois après la dernière série de néo, les crises reparaissent très violentes, état de mal, hémiparésie droite, double Babinski, R. W. du sang — ;

26 avril : Alb. 0 gr. 60 ; Nonne et Pandey — ; cellules 7 (5 lymphe, 2 poly) ; benjoin + 1/4, 1/4, 1/4, 1/2 ; R. W. —.

28 avril : 0 gr. 30 néointraveineux.

29 avril : les crises deviennent trois fois moins nombreuses, l'hémiparésie disparaît.

1<sup>er</sup> mai : plus ne crises.

11 mai : Alb. 0 gr. 50 ; lymphe, 2 ; Pandey, Nonne, benjoin — ; R. W. ++ (dans deux laboratoires avec deux antigènes).

Traitement spécifique intense, 0 gr. 75 néo intraveineux par semaine amélioration considérable.

10 juin : Alb. 0 gr. 50, lymphe, 4 ; benjoin et R. W. —.

OBSERVATION XVII. — Delm... 40 ans, tabès en activité, douleurs vives dans les jambes, incontinence urinaire depuis 2 mois, aréflexie tendineuse des membres inférieurs ; Argyll bilatéral.

13 mars : Alb. 0 gr. 60 ; Nonne — ; 5 lymphe ; Benjoin, 0, 1/4, 1/4, 1/4, R. W.

14 mars : 0 gr. 30 néo intraveineux.

1<sup>er</sup> mai : Alb. 0 gr. 40 ; 5 lymphe ; Nonne, Pandey et R. W. — ; benjoin 0, 1/2, 1, 2.

TABLEAU D'ENSEMBLE DE CAS OÙ LA RÉACTIVATION DE RÉACTIONS SYPHILITQUES A ÉTÉ TENTÉE  
CHEZ DES MALADES ATTEINTS DE NÉVRAXITE SYPHILITIQUE

Observat.	Diagnostic et évolution	Doses « réacti- vantes »	Date d'apparition	Durée	Réactivation		Variations des éléments du liquide céphalo-rachidien		Remarques
					R. W.	Benjoin	Albumine	Globuline	
1	Vieux tabès fi- xé. id.	gr. 0,24 Sulfar.	15 jours après id.	?	+	—	Sans modifications		Augm. = Aug- mentation. S. m. = sans modifications
2	id.	id.	id.	Liquide norm 6 mois après	+	+	Augm.	Augm.	
3	id.	0,30 Néo	13 jours après	Liquide norm. 2 mois après	+	—	Diminuée	S. m.	Augm. id.
4	Méning. chro- nique fixée. id.	id.	15 jours après	Liquide norm. 1 mois après	+	—	Augm.	Dim.	id.
5	id.	0,45 Néo	10 jours après	?	+	était +, disparaît	id.	Dim.	Dim.
6	Méning. chro- nique fixée et artérielle.	0,48 Sulfar 2 fois	30 jours après 1 <sup>re</sup> injection	?	+	—	Diminue for- tement.	Diminuée	S. m.
7	Vieux tabès.	0,48 2 fois et 0,60 2 f. Sulf. 0,30 Néo	60 jours après Inj., 4 ponct.		+	—	Aug. à cha- que ponct.	S. m.	Dim.
8	Artérielle.	0,30 Néo	19 jours après	?	—	++	Augm. id.	id.	S. m. id.
9	Epilepsie chez heredo- id.	0,48 Sulfar 5 fois	35 jours	Liquide norm 1 mois après	—	—	Sans modif. (4 examens L. C.R.)	id.	La réactivité ne s'est produite qu'après la 4 <sup>e</sup> injection
10	Vieux tabès fi- xé	0,30 Néo, 4 fois à 10 jours, in- terv., 4 ponct. lomb.			—	—	Sans modif. (5 examens L. C.R.)	id.	
11	id.	0,30 Néo 2 fois à 12 et 30 j. int.			—	—			
12	Vieux tabès.	0,48 Sulfar 5 fois en 50 jours.			—	—			
13	id. douleurs per- sistent.	0,30 Néo 5 fois en 50 jours			—	—			
14	Méning. myé- lite.	0,30 Néo	118 jours		—	—	S. m.	S. m.	Augm.
15	Tabès en évol.	0,30 Néo 2 fois	id.		+ léger	était + avant inj.	id.	id.	S. m.
16	Epilepsie et ar- térielle.	0,30 Néo	13 jours		+	—	id.	id.	Dim.
17	Tabès en évo- lution.	id.	17 jours	1 mois après R. W.	—	+	Dim.	id.	S. m. S. m.

## IX

## ÉTUDE D'ENSEMBLE

Nous avons donc essayé de provoquer la R. W. et la réaction du benjoin colloïdal dans le L. C. — R. de 17 malades atteints de névrites syphilitiques ; le sulfarsénol, le novarsénobenzol, ont été employés tour à tour avec un résultat très comparable. Les doses réactivantes sont très variables : dans un certain nombre de cas il a suffi d'employer 0 gr. 30 de néo, ou 0 gr. 48 de sulfar par voie intramusculaire ou intraveineuse pour obtenir une réactivation nette. Par exemple : Obs. 1, 2, 3, vieux tabès ; Obs. 16 et 18, névrite en période latente.

Dans d'autres cas, il n'en a pas été ainsi et la réactivation n'a été observée qu'après plusieurs injections : par exemple : dans l'observation ; (méningite chronique et artérite) on a utilisé deux injections de 0 gr. 48 de sulfar ; parfois même nous avons été obligés d'avoir recours à 3 ou 4 injections de néo avant que la R. W. ne soit rendue positive ; et à ce propos, l'observation 7 (vieux tabès) est typique puisque la R. W. n'a été positive qu'après deux injections de 0 gr. 48 et 2 autres de 0 gr. 60 de sulfar.

Notons à ce propos que l'emploi de doses relativement forte : 0 gr. 60 de sulfar, n'empêche pas la réactivation.

En résumé : dans 8 cas la réactivation des réactions de W. ou du benjoin a été obtenue par une seule injection ; dans 5 cas il a été nécessaire d'utiliser 2 à 4 injections provocatrices.

Le moment exact à partir duquel les réactions sont provoquées est variable et d'ailleurs assez mal déterminé ; il ne peut en être autrement, car il n'est pas possible d'infliger chaque jour et pendant plusieurs semaines une ponction lombaire au malade en observation.

Dans le cas 5, la R. W. de réactivation était fortement + 10 jours après 2 injections provocatrices. Le plus souvent le second examen était pratiqué du 13<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> jour, et nous venons de dire que dans plusieurs cas la réactivation n'avait été observée qu'à la suite de 2 à 4 injections pratiquées à 10 jours d'intervalle.

Combien de temps persiste la réactivation ? Nous ne pou-

vons répondre à cette question d'une façon exacte pour la raison qui vient d'être invoquée plus haut. Dans un cas de tabès fixé, la réactivation ne dura qu'une dizaine de jours ; dans 3 autres cas de tabès des ponctions faites 6 mois (Obs. 2) 2 mois (Obs. 3) 1 mois (Obs. 4) après l'injection réactivante ont montré que les réactions de W. et du benjoin, réactivées tout d'abord, étaient à nouveau négatives.

La provocation de la R. W. rachidienne n'est pas constante ; elle a été nette dans 9 cas, dans un cas, la réaction fut douteuse (Obs. 15) ; dans les autres cas, elle demeura négative, et cependant la plupart de ces derniers malades avaient reçu 3 à 5 injections de néo à petites doses, à 10, 12 jours d'intervalle ; 4 à 5 examens du L. C. R. furent pratiqués de façon à ne pas laisser échapper une réactivation fugitive ; celle-ci dans les observations 10, 11, 12, 13, 14, ne fut jamais constatée dans les conditions que nous venons de dire.

La réaction du benjoin colloïdal ne fut provoquée que dans 4 cas ; dans 11 cas, elle demeura négative ; dans 2 cas, alors qu'elle était tout d'abord positive avant l'injection provocatrice, faiblement il est vrai, elle fut trouvée négative au deuxième examen après injection réactivante.

Il n'y a pas corrélation obligatoire entre la réactivation de la R. W. et du benjoin colloïdal, bien au contraire, puisque ce fait n'a été observé qu'une seule fois (Obs. 2). Par contre, 6 fois la R. W. put être provoquée nettement, tandis que la réaction du benjoin demeurerait toujours négative et inversement la provocation de la R. W. fut impossible alors que celle de la réaction du benjoin fut nette dans 3 cas. Dans l'ensemble, il nous a semblé que la réactivation de la R. W. était bien plus fréquente que la réactivation du benjoin puisque sur 18 cas nous notons 4 réactivations de la réaction de Guillain et 7 fois de la R. W.

Il est incontestable, semble-t-il, que le pourcentage le plus élevé des réactions de W. et du benjoin provoquées s'observe dans les cas de névrites anciennes fixées ou n'évoluant que très lentement. Dans ces conditions la R. W. provoquée fut 7 fois positive sur 14 cas ; si on ajoute à ce pourcentage les cas où la réaction du benjoin est devenue seule positive (2 fois) on obtient un chiffre global de 9 réactivations des réactions syphilitiques sur 14 cas. Il est vrai d'ajouter que dans la majorité de ces observations l'étiologie syphilitique est évidente.

Au contraire, il est du plus haut intérêt de faire apparaître les réactions du W. et du benjoin dans le L. C. — R. des malades atteints de névraxite syphilitique à leur début. Il est incontestable que dans ces cas la R. W. provoquée a été un élément important de diagnostic étiologique ; il est vrai que dans un cas la réaction du benjoin avait été positive, mais elle aurait pu faire également défaut.

Rappelons encore à propos de ces névraxites syphilitiques en évolution qu'il convient de n'interpréter qu'avec prudence les faits de réactivation, car la R. W. peut apparaître spontanément au cours de l'évolution de la maladie. Cependant à propos de l'observation 16, épilepsie et hémiparésie, il semble bien qu'on soit autorisé à parler de R. W. provoquée puisque cette réaction a été trouvée négative avant, et un certain temps après l'injection provocatrice.

Signalons enfin deux faits intéressants : l'évolution de l'albuminose et de la lymphocytose sous l'action des injections provocatrices.

Dans 8 cas, la quantité d'albumine totale demeura invariable ; notons que dans une observation de ce groupe le second examen du L. C. — R. montra une hyperglobulinoïdose très forte sans que la réaction du W. soit positive ; 6 fois la quantité d'albumine totale fut trouvée augmentée au cours du second examen ; 3 fois elle fut trouvée diminuée.

L'augmentation de la lymphocytose est loin de constituer une règle comme l'ont prétendu Mayer et Gourdy (1). Dans 4 cas seulement cette augmentation fut très appréciable, une fois (Obs. 14) alors que la lymphocytose avait augmenté, la R. W. ne fut pas réactivée. Il n'y a pas de parallélisme entre la réactivation de la R. W. et l'augmentation de la lymphocytose. Cette lymphocytose provoquée (Cf. Leredde, *loc. cit.*) paraît spécifique ; en effet, aucune constatation de cet ordre n'a été faite chez les non syphilitiques ; il y a peut-être lieu d'en tenir compte au point de vue d'un diagnostic étiologique d'une névraxite.

#### CONCLUSIONS

De l'étude de 69 observations, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

(1) MAYER et GOURDY (*Loc. cit.*).

1° Une à cinq injections d'arsénobenzène à doses minimales (0 gr. 30 à 0,45 de néo, faites à des sujets non syphilitiques atteints de différentes affections neuro psychiatriques n'ont jamais fait apparaître les réactions syphilitiques dans le sang ou le L. C. — R. de ces malades (Réactions de W. et de Hecht pour le sang; réaction de W. et du benjoin colloïdal dans le L. C. — R.) en outre ces injections provocatrices n'ont déterminé ni hyperalbuminose, ni hyperlymphocytose du L. C. — R.

2° Chez des syphilitiques avérés dont la R. W. du sang est +, mais sans signes cliniques ni humoraux de syphilis nerveuse soit passée soit présente (en dehors des réactions passagères de la période septicémique) les injections provocatrices de néo ne font apparaître dans le L. C. — R. ni réaction de W., ni réaction du benjoin.

3° La provocation des réactions de Wassermann et du benjoin dans le L. C. — R. n'est possible que chez des sujets atteints de névrites syphilitiques, soit anciennes et plus ou moins fixées, soit en évolution. Souvent, une seule injection provocatrice de 30 centigr. de néo environ est suffisante pour provoquer 10 jours après, la réactivation des réactions syphilitiques. Dans quelques cas, il est nécessaire pour atteindre ce but, d'employer plusieurs injections d'arsénobenzène aux mêmes doses et aux mêmes intervalles; la réactivation est alors obtenue en 30 à 50 jours. Dans 1/3 des cas environ, il n'est pas possible d'obtenir la réactivation des réactions syphilitiques quelle que soient la dose d'arsénobenzène employée et le nombre des injections.

Dans les névrites syphilitiques anciennes, dans les tabès fixés et les méningites chroniques en particulier, la réactivation dans la R. W. du L. C. R. est fréquente : 50 0/0 des cas; la réactivation de la réaction du benjoin est beaucoup plus rare, il n'y a aucune corrélation obligée entre ces deux phénomènes.

Après les injections provocatrices l'augmentation de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose n'est nullement une règle comme il a été soutenu jusqu'ici. Ces phénomènes ne sont pas observés dans la majorité des cas; il y a lieu d'en tenir compte cependant au point de vue du diagnostic étiologique car nous ne les avons constatés que dans les névrites syphilitiques anciennes.



**IMPÉTIGO VULGAIRE BULLEUX DES ADULTES**  
**IMPÉTIGO VULGAIRE CIRCINÉ**  
**IMPETIGO VULGARIS PEMPHIGOIDES ADULTORUM**  
**S. PEMPHIGOID ADULTORUM**  
**IMPETIGO VULGARIS CIRCINATA**

PAR le Dr ROBERT BERNHART  
 Médecin de Saint-Lazare (Varsovie)

On sait que l'impétigo vulgaire se présente chez les nouveau-nés sous la forme d'une éruption dont les éléments ressemblent beaucoup à ceux observés dans le pemphigus vrai. Ce sont des bulles contenant un liquide clair, séreux, séro-purulent ou hémorragique. La membrane qui forme le plafond de la bulle est généralement très mince. Une aréole congestive au pourtour n'est pas constante. La localisation principale de l'éruption est le tronc, puis vient la face, le cou, la région inguinale et les membres. Comme caractère spécial de la maladie, il faut signaler — entre autres — que les bulles ne se dessèchent jamais en croûtes épaisses, fragiles, de couleur jaune-paille et mélécérique, comme cela se voit dans l'impétigo vulgaire de la seconde enfance et de l'âge adulte. C'est évidemment grâce à l'extrême minceur du plafond de la bulle, qui se rompt déjà au bout de quelques heures, que l'érosion carminée et humide s'épidermise rapidement. Quelquefois le contenu de la bulle se résorbe complètement, rarement il se forme des croûtes minces gris-jaunâtres.

Ces données expliquent suffisamment pourquoi cette variété clinique de l'impétigo vulgaire est considérée comme un type spécial et même une entité morbide particulière. Il devient compréhensible pourquoi on l'a nommée impétigo bulleux des nouveau-nés, pemphigus des nouveau-nés, pemphigoïde. Mais il ne faut pas considérer l'éruption bulleuse de l'impétigo vulgaire comme apanage spécial des nourrissons. Il n'est pas douteux qu'on observe des cas identiques chez les adultes. La différence concerne surtout la localisation, la dimension de la bulle, l'épaisseur du plafond de la bulle et la durée de la maladie.

Dans les cas typiques, les extrémités sont prises ainsi que les aisselles et la région inguinale. On voit l'éruption sur les faces de

flexion et d'extension avec une prédilection évidente pour cette dernière. Il arrive rarement d'observer des bulles sur le tronc et elles y sont peu nombreuses ; elles siègent alors dans le voisinage du pli axillaire, sur le bas-ventre et dans le voisinage du pli inguinal. Le cou, la face et la tête sont presque toujours exempts. Quelquefois l'impétigo bulleux siège exclusivement sur les mem-



Fig. 1.

bres inférieurs ; il est plus abondant sur les pieds et les jambes que sur les cuisses. Je n'ai pas observé jusqu'ici de localisation exclusive aux extrémités supérieures. Les muqueuses ne sont jamais envahies.

Le nombre de bulles varie d'un cas à l'autre. Lorsque les membres inférieurs sont seuls atteints, les bulles peuvent être en petit

nombre ou peuvent atteindre le chiffre de 30 ; si toutes les extrémités sont prises on en compte même une centaine (fig. n° 1).

Les bulles naissent soit en peau saine, soit sur une base érythémateuse. L'éruption ne s'accompagne pas habituellement de prurit, mais souvent les malades accusent une sensation de brûlure et de douleur. En général, les bulles ne sont pas très petites ; tantôt elles ont le volume d'un pois, tantôt celui d'une noisette et même d'un abricot. Les bulles sont rondes ou ovales, à contour bien net. Leur plancher est mou, non infiltré. Quelquefois elles sont entourées d'un liseré rougeâtre, plus souvent on ne trouve aucune trace d'inflammation. Il arrive que le disque érythémateux apparaît quand le contenu de la bulle devient trouble et purulent.

Le liquide des bulles récentes est limpide, séreux, peut-être plus clair que celui observé dans l'impétigo vrai, parfois hémorragique d'emblée ou devenant tel peu après leur apparition. Lorsque l'éruption est très abondante le nombre de bulles hémorragiques est assez considérable, surtout aux membres inférieurs. C'est un détail qu'il faut retenir parce qu'il est pathognomonique de la maladie en question. Le contenu reste clair assez longtemps et dans les éléments non rompus, ne change pas même jusqu'au dessèchement de la bulle.

Cependant, dans la plupart des cas, le liquide ne tarde pas à devenir trouble, séreux, jaunâtre, jaune-verdâtre. En même temps les bulles changent de forme et de consistance : de demi-sphériques, bien tendues et élastiques elles deviennent peu à peu plus plates, flottantes et flasques.

L'évolution des bulles est variable. Dans la majorité des cas, elles se rompent, le plus souvent au bout de 12 ou de 24 heures, après l'apparition de l'éruption, quelquefois même après 48 heures. C'est là la différence principale entre l'impétigo bulleux des adultes et celui des nouveau-nés. Chez ces derniers la membrane des bulles est tellement mince qu'elle se rompt quelques heures après la formation de la bulle. Disons, néanmoins, que cette membrane est bien plus mince encore et plus friable dans l'impétigo des adultes que dans le pemphigus vrai. En appuyant légèrement avec la pulpe du doigt et en effleurant la bulle, on s'en aperçoit facilement, car l'élément se rompt aussitôt ; ce fait n'est jamais constaté dans le pemphigus vrai, malgré que les malades restent souvent couchés sur le côté couvert de bulles,

pressent sur elles en changeant de position ; cependant les bulles récentes n'éclatent pas toujours ou alors tardivement.

La bulle rompue laisse une surface ronde ou ovale, érodée, humide et rouge qui peut même s'agrandir au pourtour mais qui s'épidermise relativement très vite. Il arrive quelquefois que le liquide qui s'écoule de la bulle se dessèche en croûte gris-jaune ou brunâtre très mince et légèrement adhérente. Mais d'autres fois la bulle ne se rompt pas, le contenu se résorbe peu à peu et la membrane qui couvre la bulle devient plissée, flasque et se dessèche finalement. La croûte ainsi formée tombe, lorsque l'épiderme est reconstitué. Ce genre de bulles reste clair pendant toute leur durée.

Après la guérison, il reste une macule rouge ou rouge-violette laquelle prend successivement la teinte brune puis jaune et enfin disparaît sans laisser aucune trace. On n'observe jamais de cicatrice.

Quant aux phénomènes subjectifs, comme je l'ai déjà dit, on note parfois des cuissons et des légères douleurs. Pendant l'évolution de la maladie, si le nombre de bulles augmente, lorsque leur contenu devient hémorragique ou purulent, les malades accusent des vives douleurs locales qui s'exaspèrent par les mouvements ; c'est pourquoi les malades préfèrent le décubitus dorsal en évitant de plier les extrémités, surtout les genoux. Plusieurs fois, j'ai constaté une légère tuméfaction et une sensibilité des ganglions inguinaux, cruraux et axillaires.

L'évolution de l'impétigo bulleux des adultes est toujours lente et progressive. L'éruption commence le plus souvent par l'un des membres inférieurs, par le pied ou la jambe et s'étend ensuite lentement sur la cuisse, passe d'ici sur l'autre membre inférieur et finalement les bulles s'inoculent aux extrémités supérieures. L'évolution inverse s'observe beaucoup plus rarement. Le passage de l'affection des membres inférieurs aux supérieurs dure quelques semaines. L'éruption est habituellement plus abondante sur les jambes et les avant-bras que sur les cuisses et les bras.

La durée est toujours assez longue. Les cas mal traités ou laissés à l'évolution spontanée durent plusieurs mois. Convenablement soignée, la maladie est arrêtée en 6-8 semaines. L'état général reste assez bon. La température peut être normale ou ne dépasse pas l'état subfébrile (37,2-37,5). On note l'élévation de la température au moment de la réapparition des nouvelles bul-

les sur les endroits antérieurement pris. Il n'est pas rare de trouver de l'albumine dans les urines, mais sans cylindres et éléments rénaux. L'analyse du sang décèle parfois une légère éosinophilie (5-6 o/o) à côté d'une minime et relative lymphocytose.

L'examen anatomo-pathologique d'un élément frais montre qu'on a affaire à une bulle unicellulaire siégeant entre la couche cornée et la granuleuse de l'épiderme. La membrane (le plafond de la bulle) est mince, composée de 3-4 feuilles cornées. Le liquide contient principalement des leucocytes, un certain nom-



Fig. 2.

bre de cellules épithéliales partiellement entamées, quelques fibres élastiques et une masse granuleuse non figurée. La couche épineuse de l'épiderme est œdématiée aux environs de la bulle. On voit des phénomènes d'œdème intra et inter-cellulaire. Des nombreuses cellules migratrices se trouvent dans les espaces élargis intercellulaires. Dans le derme proprement dit, dans la couche papillaire et sous-papillaire on constate les effets de l'inflammation aiguë : dilatation des vaisseaux sanguins, œdème, infiltration périvasculaire, déterminée par des leucocytes et quelques mastzellen (fig. 2).

J'ai observé l'impétigo bulleux chez les adultes de 20 à 60 ans. Cet impétigo peut survenir comme maladie primitive, spontanée ou secondairement comme complication d'autres maladies de la peau, surtout des maladies prurigineuses, par exemple eczéma, gale, prurit sénile. L'agent pathogène est le streptocoque. J'ai constaté sa présence dans le contenu des bulles récentes (non au delà de 24 heures) dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer. A côté des streptocoques dans les bulles moins récentes on trouve constamment le staphylocoque doré et blanc. Les cultures réussissent le mieux sur bouillon avec addition du sérum humain ou du liquide ascitique. Si l'on inocule au malade le contenu de la bulle ou la culture du streptocoque dans des endroits éloignés de l'éruption et complètement normaux on voit apparaître dans les 48 heures une bulle présentant le même tableau microscopique. L'inoculation aux hommes sains produit un élément banal de l'impétigo vulgaire. Je n'ai pas fait des inoculations expérimentales chez des nourrissons. Les cultures de sang des malades, atteints d'impétigo bulleux, sont restées stériles, cependant le sérum de ces mêmes malades a souvent agglutiné.

Ces données sont tellement caractéristiques pour la variété bulleuse d'impétigo vulgaire chez les adultes que son diagnostic ne présente ordinairement pas de grandes difficultés. Néanmoins, dans la majorité des cas observés, le diagnostic a été mal posé et les malades furent soignés comme atteints de pemphigus vrai. Il faut avouer que la ressemblance est quelquefois très grande. Un examen attentif de tous les symptômes cliniques et de leur évolution fait poser assez aisément le diagnostic et en même temps le pronostic.

Pour l'impétigo bulleux, comme signes différentiels d'avec le pemphigus vrai, plaideront les faits suivants :

- a) la localisation presque exclusive sur les extrémités ce qui a une importance décisive, surtout lorsque l'éruption siège seulement aux membres inférieurs ;
- b) les muqueuses non atteintes (valeur relative) ;
- c) la présence d'un nombre assez considérable des bulles hémorragiques (valeur relative) ;
- d) la minceur du plafond de la bulle et sa fragilité ;
- e) la douleur ;
- f) la présence des streptocoques dans les bulles fraîches ;
- g) l'inoculabilité des éléments ;

- h) l'évolution progressive de l'affection ;
- i) sa curabilité.

Quant au diagnostic différentiel avec le pemphigus aigu, on a affaire, dans ce dernier cas, à une maladie générale, aiguë, infectieuse, de caractère septicémique au cours de laquelle apparaissent des phénomènes cutanés sous forme de bulles. Le pemphigus aigu survient tout d'un coup, annoncé par des prodromes. La température peut s'élever jusqu'à 40-41°. Les bulles se forment non seulement sur la peau mais sur les muqueuses ; le siège de l'éruption est variable. La maladie dure quelques jours ou plusieurs semaines et la mort survient dans la plupart des cas. Mais on en note d'autres, où la température n'est pas très élevée et qui ont un pronostic bénin. Dans ces cas le diagnostic peut être bien plus difficile, puisqu'il s'agit de différencier une forme atténuée de pemphigus aigu de l'impétigo bulleux, compliqué secondairement d'une infection septicémique (surtout chez des sujets débiles). C'est la succession des phénomènes cliniques qui résout la question. Néanmoins il faut avouer que certains cas peuvent rendre le diagnostic difficile. Les faits se passent ici tout à fait comme dans l'impétigo bulleux des nouveau-nés.

En résumé, pour le diagnostic différentiel de cette variété d'impétigo vulgaire, il ne faut pas perdre de vue surtout sa ressemblance avec le pemphigus vulgaire.

Dans une autre variété d'impétigo, appelé circiné (impétigo circiné), dans certaines conditions, peuvent apparaître des phénomènes rappelant la dermatite herpétiforme de Dühring, c'est un fait très rare. J'en ai récemment observé un cas dans mon service ; je me permets de le citer brièvement. Il est analogue à celui décrit par J. Darier (*Annales de Derm. et Syph.*, 1916-17, t. VI).

Joséphine A., âgée de 20 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 3 août 1921 pour une éruption prurigineuse du tronc, qui dure depuis trois semaines. Les premiers phénomènes apparurent au sein gauche, puis l'affection s'étendit graduellement au ventre, à la face antérieure du thorax, aux lombes. J. A. n'a eu jusqu'à ce moment aucune maladie de la peau, mais elle dit que les enfants de sa patronne avaient des « boutons » (de l'impétigo évidemment).



A l'examen, on a constaté que l'éruption siégeait principalement au tronc, le plus abondamment autour des seins et dans la région intermammaire, au ventre, aux lombes, enfin, moins abondante aux régions inguinale et axillaire, d'où elle descendait sur les parties voisines des cuisses et des bras. L'éruption était moins étendue dans la région dorsale. L'élément primitif était une bulle ronde, hémisphérique, à contenu clair, trouble ou purulent, du



Fig. 3.

volume d'un grain de chènevis, d'un pois ou d'une petite cerise. Les unes étaient dures, tendues, les autres assez molles. Au bout de quelque temps la membrane de la bulle se crevait au centre de l'élément et il se formait une croûte d'aspect mélicérique ou jaune-gris, peu adhérente. On voyait apparaître autour de la croûte un décollement épidermique, entouré lui-même d'un étroit liseré rouge. La croûte tombée, il restait un élément circiné qui s'agrandissait lentement. Le bourrelet du pourtour se desséchait en croûte circinée. Une nouvelle élévation de l'épiderme se forma autour de ce bourrelet et l'élément progressait ainsi excentrique-ment. Ces éléments avaient quelquefois des dimensions considé-

rables, du volume d'une paume de main. Parfois le processus s'arrêtait dans une partie du cercle, alors qu'il évoluait encore par ailleurs; à ce moment se formaient des éléments en arc. Enfin, par suite de la fusion des nombreux éléments circinés, des segments considérables de téguments furent atteints de lésions, entourés de festons, d'arcs (le sternum, le ventre, les lombes, fig. n° 3). Au centre et au pourtour des éléments circinés, là où les manifestations s'étaient apaisées, la peau prit la teinte gris-jaune ou jaune-brunâtre et on voyait une légère desquamation. La peau sous la croûte était lisse, brillante, humide et rouge.

L'éruption n'a causé ni démangeaisons ni cuisson. La malade accusait parfois seulement une légère douleur aux endroits où des croûtes se formaient plus abondamment (les aisselles, la région inguinale, les mamelles).

L'examen clinique n'a rien révélé. Les urines étaient normales; l'état général très bon. La température est restée normale; même le jour où de nouveaux éléments apparaissaient, elle ne dépassa pas 37° le matin et 37,2° le soir.

#### Examen du sang :

Globules rouges. . . . .	5.000.000
Globules blancs. . . . .	17.400

#### Schéma

Polynucléaires neutrophiles o/o . . . . .	78
Polynucléaires éosinophiles o/o. . . . .	4
Mononucléaires petits o/o . . . . .	15
Mononucléaires grands o/o. . . . .	2
Mononucléaires de passage . . . . .	1
Hémoglobine 56 o/o (Sahli), index color. 0,8. )	

La culture du sang est restée stérile.

Les bulles toutes récentes qui duraient 2-3 heures ont donné à la culture des streptocoques; dans les bulles plus anciennes on a trouvé le staphylocoque doré. L'inoculation du contenu d'une bulle récente dans un endroit tout à fait sain (avant-bras) a donné un résultat positif (au bout de 36-48 heures).

La structure histo-pathologique ne diffère pas de celle de l'impétigo bulleux.

La maladie en évoluant ne présentait pas de phénomènes remarquables.

Pendant 2-3 semaines de nouvelles bulles apparurent en nombre considérable. Elles siégeaient principalement sur le tronc, aux environs des éléments circinés et des vastes terrains de peau malade, ainsi que sur les placards où l'affection s'était terminée et où il ne restait que la pigmentation. Très souvent dans ces cas naissaient des nouveaux cercles, disposés concentriquement par rapport aux précédents.

Il faut remarquer que l'interférence dans les endroits, où deux éléments circinés voisins se juxtaposaient survenait bien plus tardivement que dans d'autres affections de la peau. Des nouvelles bulles d'impétigo apparurent en nombre minime au niveau des omoplates, dans la région interscapulaire et au cou. Au bout de 3 semaines la marche de la maladie s'était apaisée bien que de nouveaux éléments naissaient encore sur le tronc, sur les bras, les avant-bras et sur la face. La progression de la maladie à ce moment devint lente. Les cercles étaient petits ou ne se formaient point, tandis qu'à la face l'affection avait l'aspect de l'impétigo vulgaire. En outre on constata quelques furoncles aux extrémités supérieures. Le 16 septembre, tous les symptômes disparurent. Il persistait seulement une surpigmentation de la peau sur une vaste zone de la paroi antérieure du thorax et au cou, qui a fait place ensuite à des taches achromiques (vitiligo acquis). Il était impossible de dire à quoi était dû ce phénomène. Un des médecins français qui a vu cette malade a soupçonné la syphilis héréditaire, se basant sur les dents espacées, bien que régulières de forme, et sur la présence du nodule de Carabelli, peu prononcé.

Disons qu'un examen clinique et sérologique scrupuleux n'a révélé aucun signe certain de syphilis. Le 26 septembre J. A. sort de l'hôpital et elle est en bon état jusqu'à ce jour.

Le traitement consistait en bains de permanganate (tous les 2 jours) et en application de la pommade (acide salicylique 3 o/o, acide borique 5 o/o et oxyde de zinc 5 o/o), que l'on a remplacée ultérieurement par la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

En examinant ce cas j'ai essayé, de prime abord, d'établir le diagnostic rationnel. Il était évident que le diagnostic différentiel devait être fait avec la dermatite herpétiforme de Duhring. Ce

diagnostic pouvait se discuter en raison de l'aspect général de la maladie. Mais la ressemblance n'était qu'illusoire. Les faits suivants contredisaient la maladie de Duhring : *a*) L'éruption était monomorphe (elle est multiforme dans l'impétigo circiné, mais non point polymorphe) puisque toutes les variétés d'éléments proviennent de l'évolution de l'élément primitif, c'est-à-dire de la bulle ; *b*) la marche progressive de l'affection et son évolution par poussées successives ; *c*) la localisation principalement au tronc et non aux membres, comme cela arrive le plus souvent dans la maladie de Duhring ; *d*) l'inoculabilité ; *e*) l'absence de démangeaison ; *f*) la curabilité relativement rapide.

---

## RÉACTIONS D'INTOLÉRANCE AUX ARSÉNOBENZÈNES

### CRISES NITRITOÏDES (1)

par M. RENÉ GONIN, Chef de clinique.

(Travail de la clinique dermato-syphiligraphique de Lausanne. — Professeur Dind).

(suite et fin).

L'injection, rapide ou lente, est un facteur à ne pas négliger dans la prophylaxie de la crise nitritoïde, car, comme le fait remarquer Ravaut (67), une injection poussée trop rapidement peut produire de l'angoisse, de l'accélération du pouls et même des phénomènes congestifs. Chez les sujets sensibles on recommande de mettre au moins cinq minutes pour une injection, surtout lorsque la dose est élevée. A ce point de vue, l'observation suivante est instructive.

#### OBSERVATION II.

M. O. Homme de 23 ans, présentant le 4 mars 1920 une balanoposthite érosive, des plaques muqueuses buccales et pharyngées et une adénopathie généralisée. Wa + + +.

Du 4 mars au 24 avril 1920 reçoit une première cure de 4,95 gr. de néosalvarsan très bien supportée.

Le 20 mai 1920, Wa — — —.

Le 27 juin 1920, Wa + + +.

Du 1<sup>er</sup> juillet 1920 au 31 juillet 1921, 2<sup>e</sup> cure de néosalvarsan de 15 gr. très bien supportée, mais très irrégulièrement suivie.

31 juillet 1921, Wa — — —.

5 février 1922, Wa + + +. Vernes 1.

12 février 1922, néosalvarsan, 0,30, injection poussée en 1/2 minute, bien supportée ;

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, n° 2, février 1923, p. 87.

(67) RAVAUT. *Annales de dermat. et Syphil.*, 1921, p. 496.

19 février 1922, néosalvarsan, 0,60, injection poussée en 1/2 minute, bien supportée ;

26 février 1922, néosalvarsan, 0,60, injection poussée en 1/2 minute, nausées ;

5 mars 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 1/2 minute, crise nitritoïde légère, vomissements ;

12 mars 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 1/2 minute, crise nitritoïde, vomissements ;

19 mars 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

26 mars 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 5 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

2 avril 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

9 avril 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

15 avril 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

22 avril 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

29 avril 1922, néosalvarsan, 0,75, injection poussée en 4 minutes, aucun phénomène d'intolérance ;

Il a donc suffi de pousser l'injection très lentement pour supprimer toute manifestation d'intolérance. Le malade qui accusait une odeur d'ail, lors des cinq injections poussées rapidement, ne perçoit plus aucune odeur quand l'injection demande quatre minutes.

La lenteur de l'injection et la dilution de la solution médicamenteuse diminuent beaucoup, d'après Milian (68), la fréquence de la crise nitritoïde. Si, au lieu d'employer une seringue de 10 cm<sup>3</sup> dans laquelle le néosalvarsan est dissous dans 6 à 8 cm<sup>3</sup> d'eau distillée, on emploie, comme le fait Milian, une solution diluée au taux de 1 centigramme de  $\text{g}14$  pour 1 cm<sup>3</sup> d'eau physiologique, la gavage au lieu de seringue, une aiguille de calibre moyen, on peut injecter le produit très lentement (en 10 ou 15 minutes) ou même employer la méthode de l'injection fractionnée avec périodes d'arrêt d'une demi-minute « qui permet à l'organisme une défense facile contre cette invasion faible et facilite son accoutumance ». Au cours de l'injection le pouls est surveillé. S'accélère-t-il, on ne reprend l'injection qu'au retour au rythme

(68) MILIAN. *Presse médicale*, n° 65, 1921,

normal ; si, de plus, les conjonctives s'injectent, le pouls devenant plus fréquent, on cesse immédiatement l'injection.

Bon nombre de crises nitritoïdes seraient évitées si les malades consentaient à rester à jeun environ trois heures avant et cinq heures après leur injection (Darier) (69). Cette précaution, recommandée par tous les auteurs, reçoit son explication pour Milian, dans la modification que subit le facteur *acidité sanguine* au cours de la digestion.

Nous pourrions citer de nombreux cas d'injections mal supportées, faute d'observation des précautions sus-indiquées. Rapportons une seule observation prise entre beaucoup d'autres.

## OBSERVATION III.

A. M. Femme de 28 ans. Lues I, II au printemps 1919 ; à la suite d'une injection de 0,45 de néosalvarsan, fait une attaque de paraplégie. L'étude de cet accident a fait l'objet d'un travail de Monfrini (70). Depuis juin 1919, cette malade est soignée policliniquement à l'Hôpital Cantonal de Lausanne, où elle reçoit, du 8 juin 1919 au 6 novembre 1919, 7 injections de néosalvarsan — toutes très bien supportées — donnant un total de 4,25 gr.

Le 1<sup>er</sup> mai 1920, le Wassermann est + + + ;

Du 10 mai au 2 novembre 1920, 17 injections de néosalvarsan, parfaitement supportées, représentant une dose totale de 8,10 gr. ;

Le 11 février 1921, Wassermann + + + ;

21 février 1921, injection de néosalvarsan, 0,15, crise nitritoïde légère ;

28 février 1921, injection de néosalvarsan, 0,30, crise nitritoïde légère ;

7 mars 1921, injection de néosalvarsan, 0,45, violente crise nitritoïde, avec vomissements abondants.

16 mars 1921, injection de néosalvarsan, 0,30, faite à jeun, très bien supportée ;

23 mars 1921, injection de néosalvarsan, 0,45, faite à jeun, très bien supportée ;

Faites dans les mêmes conditions, du 31 mars au 27 juillet 1921, 18 injections de 0,45 de néosalvarsan, sont très bien supportées ;

Le 27 juillet 1921, Wassermann — — —, Vernes 8.

Pendant les deux premières cures, cette malade menant un genre de vie irrégulier, n'a jamais observé la diète prophylaxique.

(69) DARIER. *Précis de Dermatologie*, 1918, p. 723.

(70) MONFRINI. A propos d'un cas de paraplégie chez un syphilitique. *Schweiz Medizin Wochenschr.*, 1921, n° 21.



tique les jours d'injection, et n'a pourtant pas présenté d'accidents d'intolérance.

Lors de la troisième cure, elle fait, dès la première injection, une crise nitritoïde légère, qu'elle répète à la seconde injection. La troisième intervention déclanche une crise violente avec vomissements alimentaires abondants. A partir de ce jour, la diète prophylactique étant observée, la malade ne présente plus d'accidents lors de l'injection. Des aliments pris ultérieurement (même 2 à 3 heures), provoquaient des vomissements.

L'influence du surmenage musculaire sur le développement de la crise nitritoïde est à retenir. Milian (voir n° 67) cite à ce propos, plusieurs cas de malades supportant parfaitement leur injection à l'Hôpital, faisant de violentes crises nitritoïdes quand le traitement était continué polycliniquement. Nous avons observé ces accidents chez plusieurs malades traités d'abord à l'Hôpital sans inconvénient, venant à bicyclette poursuivre leur traitement polyclinique. L'un d'eux ayant à faire un trajet de 18 kilomètres, n'offrait pas de crise nitritoïde lorsqu'il prenait le train.

L'observation VI est démonstrative au point de vue de l'influence du repos avant l'injection. Il est dangereux d'injecter immédiatement le malade qui arrive fatigué, il faut le laisser se reposer pendant une demi ou une heure, dans ce cas Milian (voir n° 67) recommande l'administration préalable d'adrénaline, pour suppléer à celle « brûlée » par le surmenage musculaire.

Un malade sujet aux accidents d'intolérance avec un type d'arséno, n'en fera pas nécessairement avec un autre. Lassueur (71) dans son travail sur le traitement de la syphilis par le luargol, remarque que sur les cent premières injections qu'il a faites, il n'a observé que deux fois seulement, une rougeur du visage, survenant immédiatement après l'injection et d'une durée de quelques minutes. Ces deux malades étaient des intolérants au néosalvarsan.

On pourra remarquer que le disodoluargol est moins toxique que le néosalvarsan, mais qu'objectera-t-on au fait que certain malade supporte parfaitement le néosalvarsan allemand, alors que la même dose de novarsénobenzol français provoque chez lui des accidents d'intolérance ou *vice versa*?

(71) LASSUEUR. Traitement de la syphilis par le luargol. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 6, 1920, p. 350.

L'idée émise par Ravaut (72) « qu'une fois le malade ancré dans un type de réactions, y reste fidèle, même si l'on change la marque du produit injecté, » ne nous paraît pas devoir se justifier dans tous les cas.

Reconnaissons l'influence heureuse du disodoluargol dans les deux observations suivantes.

#### OBSERVATION IV.

B. V. Femme de 48 ans. Lues ancienne traitée au salvarsan et au novarsénobenzol.

Le 20 septembre 1920, Wassermann + + + +.

30 septembre 1920, néosalvarsan, 0,15, crise nitritoïde violente ;

5 octobre 1920, disodoluargol, 0,05, bien supportée ;

12 octobre 1920, disodoluargol, 0,10, bien supportée ;

Du 19 octobre 1920 au 17 février 1921, reçoit 14 injections dont 12 de disodoluargol, représentant un total de 2,7 grammes et 2 injections de silbersalvarsan de 0,20 chacune, le disodoluargol ne pouvant plus nous être livré ;

17 février 1921, Wa — — — —. Vernes 8.

#### OBSERVATION V.

D. L. Homme de 27 ans avec plaques muqueuses linguales.

Wassermann + + + +.

9 août 1919, néosalvarsan, 0,15 ;

21 août 1919, néosalvarsan, 0,30, *crise nitritoïde violente* ;

28 août 1919, néosalvarsan, 0,15, *crise nitritoïde violente* ;

1<sup>er</sup> septembre 1919, néosalvarsan, 0,10, *crise nitritoïde violente* ;

Du 7 septembre au 5 octobre 1919, 9 injections de 0,02 de cyanure de mercure, les crises nitritoïdes violentes et répétées ne permettant pas de continuer le traitement au néosalvarsan ;

8 octobre 1921, disodoluargol, 0,10, très bien supporté ;

13 octobre 1921, disodoluargol, 0,15, très bien supporté ;

Reçoit du 20 octobre au 29 novembre 1921, 7 injections, soit 1,15 gramme disodoluargol sans aucun phénomène d'intolérance ;

29 novembre 1919, Wassermann — — —.

Chez ce dernier malade, les phénomènes d'intolérance se sont déclarés dès la première cure et déjà à la deuxième injection, la quantité de néosalvarsan administrée avant l'injection mal supportée, était donc dans ce cas extrêmement minime. La

(72) RAVAUT. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, décembre 1921, p. 509.

quantité préalablement injectée n'est du reste pas cause des accidents d'intolérance ; qu'il nous suffise de mentionner à ce sujet que nous traitons actuellement en polyclinique deux malades ayant reçu l'une 29,40 gr. de néosalvarsan en 57 injections, l'autre 42,40 gr. en 74 injections, sans aucun accident d'intolérance, toutes deux ont encore un Wassermann + + + et l'une est au 0 de l'échelle de Vernes, l'autre à la teinte 5.

Dans l'observation V, l'action du médicament comme toxique arsenical ne peut être invoquée puisque le malade n'a reçu que des doses très faibles de néosalvarsan. Du reste, comme le font remarquer Emery (73) et Morin, « il suffit souvent de changer l'arsénobenzène employé, de substituer le néo au 606, ou le sulfarsénol, le galyol ou le luargol à l'un ou l'autre de ces médicaments pour que la crise ne se produise plus. La syphilis ne peut être mise en cause non plus, car même chez des non syphilitiques ces accidents se produisent ».

Une raison autre que la toxicité pharmacologique, tenant en grande partie au malade, est donc à l'origine des manifestations d'intolérance du type de la crise nitritoïde. Les observations VI, VII et VIII, sont spécialement intéressantes au point de vue prophylactique de la crise nitritoïde par l'adrénaline, le bicarbonate de soude, l'exohémophylaxie et la topophylaxie.

#### OBSERVATION VI

G. E. Femme de 26 ans.

Soignée dans le service du Prof. Dind, en mai 1918, pour *ulcus durum* du clitoris. Spirochètes + + + +.

Première cure de 4,50 gr. de novarsénobenzol.

Le 3 octobre 1918, Wassermann + + +.

Du 8 octobre 1918 au 5 septembre 1919, reçoit d'une façon très irrégulière 5,25 gr. de néosalvarsan bien supporté.

Du 12 octobre 1920 au 18 novembre 1920, elle est traitée pour plaques muqueuses buccales, par des injections de néosalvarsan (4,35 gr. au total) fort bien supportées.

Du 13 décembre 1921 au 30 janvier 1922, troisième séjour à l'hôpital (pour blennorrhagie et lues II) : 11 injections bien supportées (6,15 gr. de néosalvarsan).

30 janvier 1922, Wassermann + + +. Vernes 0. Quitte l'hôpital et poursuivra son traitement polyclinique chaque semaine.

(73) EMERY et MORIN. Comment classer les accidents de la médication arsenicale? *Bul. méd.*, 25 juin 1921, p. 161.

- 3 février 1922, néosalvarsan, 0,60, *crise nitritoïde* ;  
 10 février 1922, néosalvarsan, 0,60, (1,5 milligramme d'adrénaline préventivement), *crise nitritoïde* ;  
 17 février 1922, néosalvarsan, 0,60 (2 milligrammes d'adrénaline préventivement), *crise nitritoïde violente* ;  
 25 février 1922, néosalvarsan, 0,30, (1,5 milligramme d'adrénaline préventivement), *crise nitritoïde* ;  
 3 mars 1922, néosalvarsan, 0,30, topophylaxie, injection bien supportée ;  
 10 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, injection bien supportée (urticaire) (1) ;  
 19 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, injection bien supportée (urticaire) (1) ;  
 24 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, sans topophylaxie, *crise nitritoïde violente* ;  
 3 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, sans topophylaxie, *injection bien supportée* ;  
 10 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, injection bien supportée (urticaire) ;  
 25 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, injection bien supportée (urticaire) ;  
 4 mai 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, injection bien supportée (urticaire)  
 16 mai 1922, 15 grammes de bicarbonate de soude ingérés 15 minutes avant l'injection de 0,45 de néosalvarsan. Vomit à deux ou trois reprises avant l'injection, mais ne présente, une fois l'injection poussée, aucun phénomène nitritoïde.  
 23 mai 1922, exohémophylaxie, néosalvarsan, 0,60, aucun phénomène d'intolérance.  
 30 mai 1922, exohémophylaxie, néosalvarsan, 0,60, aucun phénomène d'intolérance.

#### OBSERVATION VII

N. M. Femme de 29 ans. Plaques muqueuses vulvaires. Wassermann + + +. Vernes O.

Du 7 octobre 1920 au 17 août 1921, reçoit d'une façon irrégulière 17,30 gr. de néosalvarsan sans manifester aucun accident d'intolérance, sauf à la dernière injection (0,45) qui provoque une crise nitritoïde nette.

La malade nous revient le 16 décembre 1921.

Wassermann + + +, Vernes O.

16 décembre 1921, néosalvarsan, 0,15, quelques nausées ;

23	»	»	»	0,10,	»
30	»	»	»	0,15,	»

(1) Voir plus loin ce que nous entendons par urticaire.

9 janvier 1922, néosalvarsan, 0,15, vomit ;  
 24 janvier 1922, néosalvarsan, 0,15, vomit, *crise nitritoïde nette* ;  
 31 janvier 1922, néosalvarsan, 0,15, (adrénaline, 1,5 milligramme) *crise nitritoïde nette* ;

9 février 1922, néosalvarsan, 0,30, *topophylaxie*, injection bien supportée ;

16 février 1922, néosalvarsan, 0,30, (1,5 milg. d'adrénaline préventivement) *crise nitritoïde violente* ;

23 février 1922, néosalvarsan, 0,30, *topophylaxie*, injection bien supportée ;

3 mars 1922, néosalvarsan, 0,30, *topophylaxie*, injection bien supportée (urticaire) ;

10 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *topophylaxie*, injection bien supportée (pas d'urticaire) ;

17 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *topophylaxie*, injection bien supportée (pas d'urticaire) ;

24 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *topophylaxie*, injection bien supportée (urticaire) ;

4 avril 1922, néosalvarsan, 0,45, *topophylaxie*. Le lien se détache brusquement, alors qu'on n'avait injecté que les 3/4 de la solution. Immédiatement *crise nitritoïde, type foudroyant*, avec œdème de la lèvre supérieure, état syncopal, vomissements.

Les injections intramusculaire et intraveineuse d'adrénaline ne modifient guère l'état nitritoïde. La malade ne peut rentrer chez elle que deux heures après et vomit encore pendant la journée.

13 avril 1922, néosalvarsan, 0,30 (*exohémophylaxie*), *crise nitritoïde légère*, vomissements.

5 mai 1922, néosalvarsan, 0,10 (*exohémophylaxie*), *crise nitritoïde extrêmement violente*.

Le premier centimètre cube du mélange, néosalvarsan et sang, est bien toléré.

On injecte lentement le deuxième centimètre cube.

La malade accuse une sensation de barre épigastrique. Une minime partie du troisième est à peine injectée, que survient une congestion brusque de la face, des conjonctives, accompagnée d'un léger œdème de la lèvre supérieure. Pouls 150. L'aiguille est aussitôt retirée, il a été injecté environ 0,10 gr. de néosalvarsan. Pendant qu'on prépare l'injection d'adrénaline, la malade se sent beaucoup mieux, pouls 120, aucune nausée ; on se demande si l'injection de l'adrénaline est nécessaire et par prudence on injecte dans la musculature de la fesse 1 cm<sup>3</sup> de la solution d'adrénaline à 1/1000.

La malade vomit de la bile, pendant l'injection de la rinçure qui est poussée lentement ; pâleur cadavérique, sueurs, pouls 200, filant. La malade se sent très mal. Cet état persiste pendant 5 minutes, et ce n'est qu'au bout de 20 minutes qu'elle se sent tout à fait remise (pouls 90).

16 mai 1922. Ingestion de 15 grammes de bicarbonate de soude, 15 minutes avant l'injection de 0,30 de néosalvarsan. L'injection poussée au 2/3, provoque des vomissements brusques et une *crise nitri-*

*toide typique*, avec œdème de la lèvre supérieure. Pouls 160, filant. L'injection de 1 milligramme d'adrénaline dans la fesse ne modifie pas l'état de la malade. Elle vomit encore pendant 1/4 d'heure, puis au bout de 30 minutes, se sent assez bien pour rentrer chez elle.

23 mai 1922, néosalvarsan, 0,45, topophylaxie, aucun phénomène d'intolérance ;

30 mai 1922, néosalvarsan, 0,60, topophylaxie, aucun phénomène d'intolérance ;

30 mai 1922, Wassermann — — —. Vernes 8.

#### OBSERVATION VIII.

C. G. Femme de 30 ans. En traitement dans le service du 7 mars au 1<sup>er</sup> juin 1921 pour plaques muqueuses bucco-pharyngiennes et roséole (Wa. + + +, Vernes 0, à l'entrée).

Reçoit 17 injections, représentant un total de 10,90 grammes de néosalvarsan (Wa. — — —, Vernes 8, à la sortie du service).

27 septembre 1921, Wa. + + +, Vernes 1.

Du 4 octobre 1921 au 2 novembre 1921 : 4 injections de néosalvarsan sans phénomène d'intolérance ;

8 novembre 1921, néosalvarsan, 0,60, nausées, sensations olfactives ;

15 novembre 1921, néosalvarsan, 0,45, vomissements ;

21 novembre 1921, néosalvarsan, 0,45, vomissements (adrénaline, 1 milligramme préventivement) ;

29 novembre 1921, néosalvarsan, 0,45, vomissements (adrénaline, 1,5 milligramme préventivement) ;

6 décembre 1921, néosalvarsan, 0,45, *crise nitritotde violente* (adrénaline) ;

13 décembre 1921, néosalvarsan, 0,30, *crise nitritotde* (1,5 milligramme adrénaline préventivement) ;

20 décembre 1921, néosalvarsan, 0,30, vomissements, céphalées (adrénaline préventivement) ;

26 décembre 1921, néosalvarsan, 0,45, *crise nitritotde violente* (adrénaline préventivement) ;

3 janvier 1922, néosalvarsan, 0,45, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance) ;

11 janvier 1922, néosalvarsan, 0,45, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance) ;

17 janvier 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance) ;

20 janvier 1922, néosalvarsan 0,60, *Topophylaxie* (quelques céphalées) ;

31 janvier 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance) ;

7 février 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance) ;

14 février 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

21 février 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

28 février 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

7 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, pas d'urticaire);

14 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

21 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

28 mars 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

4 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

11 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance, urticaire);

25 avril 1922, néosalvarsan, 0,60, *Exohémophylaxie*, nausées, sensations olfactives, congestion de la face, vomissements; 1 heure après l'injection se sent tout à fait bien;

2 mai 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie* (aucun phénomène d'intolérance);

9 mai 1922, néosalvarsan, 0,60, *Ingestion de 15 gr. de bicarbonate de soude* avant l'injection de 0,45 de néosalvarsan.

Pendant l'injection, poussée en cinq minutes, la malade accuse des sensations olfactives, des nausées auxquelles succèdent la congestion de la face et des conjonctives, de la tachycardie, puis des vomissements bilieux pendant 15 minutes environ. Au bout de 30 minutes, besoin impérieux d'aller à la selle: évacuation très liquide. Une heure après l'injection, la malade rentre péniblement chez elle. Douleurs dans la nuque et céphalée jusqu'au lendemain.

16 mai 1922, néosalvarsan, 0,45, *Topophylaxie*. Injection très bien supportée (urticaire);

23 mai 1922, néosalvarsan, 0,60, *Topophylaxie*. Injection très bien supportée (urticaire);

23 mai 1922, Wassermann — — —.

*L'adrénaline* ne paraît plus être le médicament prophylactique et curateur exclusif de la crise nitroïde.

Il est démontré aujourd'hui que ces accidents d'intolérance ont une pathogénie multiple; aux côtés de l'adrénaline se sont rangés d'autres moyens prophylactiques, d'efficacité variable.

Si la théorie de l'insuffisance surrénale que « Milian est du reste le seul à soutenir encore », ne paraît d'après Sicard et



Paraf (74), reposer sur aucun argument valable, l'efficacité de l'adrénaline se trouverait en partie expliquée par les propriétés vaso-constrictives de ce corps, car Kopaezewski (32) démontre le rôle important de la vasomotricité dans l'anaphylaxie.

Cependant, dans les observations que nous citons, l'action prophylactique et curative de l'adrénaline ne s'est pas manifestée comme dans d'autres cas. Nous acceptons les conclusions de Leredde et Drouet (75), rappelant que l'action de l'adrénaline est inconstante : il est des cas où elle est temporaire seulement, d'autres fois elle est même complètement nulle.

Les observations cliniques où l'effet prophylactique et curateur de l'adrénaline s'est révélé, ne se comptent plus dans la littérature. L'étude physiologique de ce médicament entreprise par Jeanselme et Pomaret (76) conclut : qu'employée avant, pendant ou après, l'adrénaline exerce une action préventive antagoniste ou curative du choc phénolique.

La façon d'administrer l'adrénaline modifie profondément ses propriétés. La donner *per os* n'est pas du tout à recommander, vu l'action altérante des sucs digestifs. Pour s'en convaincre il suffit de se rappeler l'observation de Grasset (77), relatant l'innocuité relative à l'ingestion de 35 milligrammes d'adrénaline dans une tentative d'empoisonnement.

Nous ne nous étendons pas sur l'action hypotensive ou hypertensive de ce corps suivant les doses employées, le mode de les administrer ou la fraîcheur des solutions [Sergent (77), Milian (78); Furet (79), et Giron (80)]; car dans la thérapeutique des accidents qui nous occupent, la technique à employer est très nettement arrêtée par Milian.

*Les alcalins*, hyposulfite de soude, carbonate de soude, bicarbonate de soude, employés préventivement dans la crise nitroïde,

(74) SICARD et PARAF. Anticolléidoclasie sérique par le carbonate de soude intraveineux. *Bull. et Soc. méd. des Hôpitaux*, 3 fév. 1921, p. 61.

(75) LEREDDE et DROUET. La crise hémoclasique (nitroïde) de l'arsénobenzol. *Gazette des Hôpitaux*, 14 et 16 décembre 1920.

(76) JEANSELME et POMARET. *Annales de médecine*, tome X, n° 6, décembre 1921, p. 484.

(77) GRASSET. SERGENT, *loc. cit.*, article 26604. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

(78) MILIAN. *Paris médical*, 10 décembre 1921, p. 468.

(79) FURET. *Thèse de Toulouse*, 1921.

(80) GIRON. *Paris médical*, octobre 1921, p. 315.

répondent à toutes les conceptions pathogéniques de ce type d'accident d'intolérance.

*Milian* met ses malades à un régime alcalin, et recommande le bicarbonate de soude, l'eau de Vichy, comme moyen de lutte contre l'*acidité sanguine*, favorisant la production des para 606.

*Pomaret*, pour qui la crise nitritoïde est un *choc phénolique* démontre que cet accident ne s'observe plus « lorsque la phénolité est inhibée par les alcalins ». Les auteurs faisant de la crise nitritoïde un *choc d'ordre colloïdoclasique*, trouvent dans les alcalins un moyen puissant d'anticolloïdoclasie.

*Ravant* utilise l'hyposulfite de soude et *Lumière* (81) et *Chevrotier* ont constaté expérimentalement la possibilité de supprimer le choc anaphylactique sérique par l'emploi de ce sel.

*Sicard et Paraf* préviennent par l'injection intraveineuse immédiatement préalable de carbonate de soude, les accidents du choc novarsenical.

*Kopaczewski* (82), étudiant les méthodes physiques de suppression des accidents anaphylactiques, signale les propriétés des bicarbonates et des carbonates de soude et cite, comme un fait expérimental, la suppression du choc anaphylactique par les eaux minérales bicarbonatées de Royat.

L'ingestion à jeun de bicarbonate de soude, proposée par *Sicard et Paraf*, seul procédé expérimenté par nous, s'est montrée d'une efficacité relative dans un cas (observation VI) mais absolument inopérante dans les deux autres. (observations VII et VIII.)

L'ingestion à jeun de 15 grammes de bicarbonate de soude, a provoqué chez deux de nos malades, un état nauséux désagréable, la troisième vomissant à deux ou trois reprises avant l'injection de néosalvarsan, n'a présenté dans la suite aucun accident d'intolérance.

Si l'emploi des alcalins est, de l'avis unanime, un moyen prophylactique de la crise nitritoïde, le régime alcalin, l'eau de Vichy, de Royat, le bicarbonate de soude en ingestion, sont des façons simples de le réaliser

*L'exohémophylaxie* de Flandrin, Tzanck et Roberti tendant à

(81) LUMIÈRE et CHEVROTIER. Sur un procédé simple et inoffensif, permettant d'éviter le choc anaphylactique. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, séance 18 octobre 1920.

(82) KOPACZEWSKI. *Annales de médecine*, t. VIII, n° 4, 1920.

la « neutralisation *in vitro* des propriétés agressives des arsénobenzènes » par un contact de 10 minutes du sang et de l'arsénobenzol, paraît être, à première vue, un procédé dangereux.

L'expérience démontre le contraire. L'incoagulabilité sanguine réalisée *in vitro* par les arsénobenzènes, est tellement prononcée, que nous avons pu disposer pendant 15 jours, d'un mélange de 6 cm<sup>3</sup> de sang et de 0,45 de néosalvarsan dissous dans 1 cm<sup>3</sup> d'eau distillée, sans observer de coagulation.

Ce procédé, comme préventif des accidents nitritoïdes, s'est révélé très efficace ; il aurait l'avantage d'être moins pénible et de permettre l'emploi de toutes les doses, tout en laissant la faculté de suspendre à volonté l'injection.

Dans les trois observations ci-avant rapportées, il a été dans deux cas tout à fait impuissant à prévenir la crise nitritoïde. Dans l'observation VII, une crise extrêmement violente s'est déjà manifestée après l'injection de 0,10 gramme de néosalvarsan, alors que, chez la même malade, la topophylaxie permit l'injection sans aucun accident, d'une dose six fois plus forte.

Chez le troisième malade (observation VI) l'exohémophylaxie s'est montrée aussi efficace et moins pénible subjectivement, que la topophylaxie.

La *topophylaxie* de Sicard, Paraf et Forestier, grâce à sa crise hémoclasique locale, qui protégerait et immuniserait, contre l'hémoclasie générale, paraît de prime abord un procédé peu réalisable. On conçoit avec difficulté, qu'on puisse aisément interrompre la circulation sanguine dans un membre, pendant cinq à dix minutes, et injecter sans danger, dans le segment circulatoire ainsi bloqué, la solution arsénobenzolique.

Fait paradoxal, le manchon du Pachon, du Riva-Rocci, ou la bande d'Esmarch, sont beaucoup moins bien supportés qu'un lien caoutchouté de faible largeur. Par ce moyen, la circulation est rapidement interrompue et la douleur locale provoquée par le lien est, au dire de tous les sujets, beaucoup mieux tolérée que celle occasionnée par les larges brassards compresseurs. Pendant l'interruption circulatoire, le bras devient froid, livide ou cyanosé ; le lien relâché, il se produit dans tout le membre, une rougeur diffuse, avec sensation de chaleur et de fourmillement pénible à supporter.

Pendant l'application du lien constricteur, il est indiqué de laisser l'aiguille en place (dans la veine) de façon à éviter que la veine

ne saigne, par le trou fait par l'aiguille, dans le tissu périveineux.

Nous avons expérimenté systématiquement ce procédé topo-



Placard d'urticaire du bras après injection topophylactique de 0,60 de néosalvarsan.

phylactique chez une trentaine de malades tolérant parfaitement l'arsénobenzol, et chez les trois malades intolérantes, dont nous avons cité plus haut les observations. Les doses couramment

employées ont été 0,60 et très exceptionnellement 0,75 en dissolution dans 4 cm<sup>3</sup> d'eau distillée. Dans tous ces cas, réserve faite de la sensation désagréable due à la constriction, nous n'avons pas noté d'autres phénomènes. Ce procédé est couramment applicable, et les malades sujets aux crises nitritoïdes, acceptent aisément les petits inconvénients de ce procédé, quand ils les comparent à ceux graves de la crise nitritoïde.

Fréquemment, chez les intolérants au néosalvarsan, moins souvent, chez les malades tolérants, nous avons noté l'apparition de phénomènes urticariens dans la peau du membre à circulation bloquée en aval de la ligature.

Les lésions urticariennes évoluent de la façon suivante : l'injection de néosalvarsan faite, le bras jusque-là livide devient cyanosé ou cendré, présente des marbrures, puis des médaillons rouge cinabre.

Ces médaillons sont chauds, le reste du membre étant froid. Le lien desserré graduellement, la circulation se rétablit, le bras devient rose et chaud ; le malade accuse une douleur pareille à l'onglée, mais qui s'atténue rapidement, et cesse au bout de une à deux minutes.

Les médaillons cinabre deviennent petit à petit vultueux, se décomposent en traînées et en placards surélevés, que l'on voit et que l'on palpe aisément, mais qui pâlissent peu à peu, offrant ainsi l'aspect urticarien typique. Les parties intermédiaires aux médaillons perdent peu à peu leur teinte rosée, pour s'harmoniser avec la couleur du bras, si bien, qu'au bout de quelques minutes, le coloris du bras est normal, mais on a sous les yeux une surface irrégulière, comme celle que donne un agglomérat de médaillons urticariens. Cet état ne s'accompagne pas de prurit et s'atténue peu à peu pour disparaître totalement au bout de 20 à 30 minutes environ.

Cette réaction urticarienne est très vraisemblablement due à l'action du néosalvarsan ; elle ne s'observe pas à l'autre bras, même ligaturé, mais dépourvu de l'injection salvarsanique. Si au lieu de néosalvarsan on injecte le même volume d'eau physiologique, la réaction urticarienne fait défaut. L'urticaire se produit, non seulement chez les intolérants aux arsénos, mais aussi chez les sujets tolérant parfaitement la médication salvarsanique endoveineuse.

Nous avons examiné chez la malade faisant l'objet de l'observation VIII, les modifications sanguines que produisent les manœuvres ci-dessus ; voici le tableau que nous en tirons.

*Avant l'injection de néosalvarsan*

Globules rouges . . .	5.175.000	Polynucl. neutroph. . .	68 o/o
Globules blancs . . .	9.300	Polynucl. éosino. . .	4 »
Hémoglobine . . .	90 o/o	Polynucl. baso . . .	1 »
		Lymphocytes . . .	21 »
		Grands mono et formes de	
Pression Pachon . . .	7-14 cm.	transition . . .	6 »

INJECTION TOPOPHYLACTION DE 0,60 DE NÉOSALVARSEN DANS LE  
BRAS GAUCHE

*Bras droit ligaturé*

— pas d'urticaire —

*Bras gauche ligaturé*

— réaction urticarienne —

(Les deux liens ont été relâchés au même moment et le sang prélevé simultanément aux deux bras pour rechercher les formules sanguines)

Leucocytes . . .	6.800	Leucocytes . . .	6.000
Polynucléaires neutr.	59 o/o	Polynucléaires neutr.	61 o/o
Polynucléaires éosino.	3 2/3 »	Polynucléaires éosino.	1/3 »
Polynucléaires baso .	0 »	Polynucléaires baso .	0 »
Lymphocytes . . .	30 »	Lymphocytes . . .	31 2/3 o/o
Grands mono et formes		Grands mono et formes	
transitoires . . .	7 1/3 »	de transition . . .	7 »

Pression sanguine au Pachon : 7-12 cm.

A la suite de l'injection, il s'est donc produit une chute de la pression sanguine, portant sur la pression maxima et une leucopénie ; la répartition des différents éléments sanguins est restée très sensiblement la même dans les deux bras. Nous ne tirerons aucune conclusion de cette observation isolée, que nous citons pour mémoire.

L'urticaire se produisant après l'injection topophylactique, ne permet pas de conclure que le sujet est un intolérant aux arsénobenzols, car elle est non seulement inconstante chez les intolérants, mais s'observe aussi parfois chez les sujets n'ayant jamais offert de crises nitritoïdes.

Nous serions tenté d'expliquer ce phénomène cutané par l'action *in loco* des fortes doses de néosalvarsan ; très fréquent avec 0,60 de néosalvarsan, il nous paraît tout à fait exceptionnel avec 0,30 gr. Sicard, qui n'a pas dépassé cette dose, n'en fait pas

mention. Mais, ce qui ne cadre pas avec cette hypothèse, c'est que chez le même sujet, l'urticaire ne se produit pas rigoureusement à chaque injection

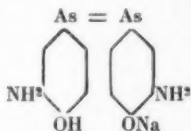
Chez nos trois intolérants au néosalvarsan la Topophylaxie a fait merveille, est-ce à dire que tel sera toujours le cas? Nous n'osons le prétendre, car dans les phénomènes de cet ordre, *les moyens prophylactiques sont individuels et divers* : à l'expérimentateur le soin de les découvrir et au médecin la satisfaction d'avoir su choisir le moyen approprié au type réactionnel de son malade.

# ERRATA

à la première partie de ce mémoire parue dans le n° 2, février 1923, p. 87, des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

Page 92, ligne 1 : « *Sel disodique bien toléré* » se rapporte à la dernière formule chimique de la page 91.

Page 92 : ajouter une molécule de soude à la formule chimique de la page 92 qui doit se lire :





## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

### **Chancre syphilitique.**

**Chancre syphilitique du bord libre de la paupière supérieure.** par MM. NICOLAS, GATÉ et JUVIN. *Journal de médecine de Lyon*, 5 août 1922.

Erosion linéaire suintante, reposant sur une base indurée qui donne à la palpation une sensation cartilagineuse. Chute des cils. Ganglion prédominant au niveau du tragus. Accidents secondaires.

Le mode de contamination n'a pu être élucidé.

JEAN LACASSAGNE.

**Sur le chancre syphilitique des orteils** (Ueber syphilitischen Primäraffekt an den Zehen), par RILLE. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 53, p. 1313.

Le chancre syphilitique est très rare au-dessous des genoux. Après avoir rappelé quelques cas antérieurs, R. donne l'observation et la figure d'un gros chancre infiltré du gros orteil droit observé chez une prostituée de 19 ans.

CH. AUDRY.

**Chancre syphilitique du cornet inférieur,** par PITRE. *Lyon Médical*, 25 mars 1922.

Homme de 45 ans, se plaignant d'obstruction nasale gauche avec écoulement séro-purulent et surdité du même côté. Ces phénomènes datent de 2 mois 1/2 et six semaines après leur apparition ont été suivis d'une éruption cutanée non prurigineuse.

La peau des parois latérales et de la pointe du nez est rouge et infiltrée. La rhinoscopie antérieure révèle une obstruction nasale complète du côté gauche due au gonflement de la muqueuse de la cloison et du cornet inférieur. On aperçoit sur la face supérieure du cornet inférieur une petite ulcération à bords surélevés. L'infiltration de la muqueuse s'étend jusqu'au niveau de la choane gauche. Adénite et périadénite sous-angulo maxillaire gauche.

L'habitude qu'avait le malade de porter les doigts dans le nez laisse supposer que c'est ainsi que se fit la transmission.

JEAN LACASSAGNE.

**Sur un cas rare de chancres syphilitiques multiples de la main** (Di un raro caso di sifilomi multipli della mano), par GAVIATI. *Riforma Medica*, ann. XXXVII, n° 9.

Trois chancres de la face dorsale de la main droite. Le sujet semble s'être inoculé au niveau d'égratignures antérieures, en portant un violent coup de poing sur la bouche d'un camarade de régiment.

PELLIER.

**Chancre syphilitique extragénital développé sur un lupus vulgaire** (Ueber einen Fall von extragenitalem, syphilitischem Primäraffekt auf Lupus vulgaris), par O. et H. FEIT. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXV. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 72.

Il s'agit d'une femme qui présentait un placard lupique sur le côté du bras ; il s'y développa un chancre syphilitique typique avec spirochètes. R. W. +, adénites, etc. Au microscope, lésions de lupus ; dans la cicatrice du chancre, on trouve deux tubercules typiques.

CH. AUDRY.

**Diagnostic différentiel du chancre et du cancer du col** (The differential diagnosis of chancre and carcinoma of the cervix). par WARTHIN, ARBOR et NOLAND. *The American Journ. of syphilis*, oct. 1921, p. 553.

Il arrive trop fréquemment que le chancre induré du col est pris pour un épithéliome. Dans une observation récente une femme subissait une hystérectomie par suite d'une erreur de ce genre et quatre semaines après l'opération présentait une roséole et des plaques muqueuses. Elle accusait alors le médecin de l'avoir contaminée au cours de l'opération et réclamait pour elle et son mari (contaminé par elle) 200.000 dollars de dommages-intérêts. C'est alors seulement que l'examen histologique du col montra qu'il s'agissait d'un chancre. Dix belles planches illustrent la structure histologique de cette lésion dont l'aspect clinique seul était atypique : grosse ulcération nodulaire bourgeonnante, donnant l'aspect d'un chou-fleur avec induration très étendue, allant jusqu'à la paroi vaginale, mais peu profonde. Les tréponèmes ont pu être colorés dans les coupes.

Les auteurs insistent sur le fait que le diagnostic différentiel entre le cancer du col et le chancre ne peut être fait d'une façon certaine que par l'examen histologique. En effet, la recherche du Tréponème dans la sérosité prélevée à la surface d'une ulcération du col peut, elle-même, donner lieu à des erreurs : chez les femmes syphilitiques, le sang des règles et les sécrétions vaginales peuvent contenir des tréponèmes. Dès lors, on peut trouver des tréponèmes à la surface d'un cancer du col qui peut alors rester méconnu. Il est donc indispensable de se mettre à l'abri de ces causes d'erreur en établissant les diagnostics par l'anatomie pathologique, seule pathagmomonique. La recherche du tréponème dans les coupes confirmera le diagnostic.

S. FERNET.

### **Syphilis héréditaire.**

**Exostoses multiples et douloureuses dépendant d'une hérédo-syphilis difficile à mettre en évidence**, par Marcel PINARD. *Société Médicale des hôpitaux*, séance du 21 janvier 1921.

M. P. rapporte l'histoire d'une malade âgée de 28 ans, qui à la suite d'un choc sur la région occipitale présenta peu de temps après une saillie osseuse, à ce niveau, puis une céphalée diffuse. Trois ans après 1917, chute sur le dos, et au bout de 4 mois saillie osseuse de la partie inférieure du tibia. En 1920, douleurs occipitales, saillie osseuse au niveau de la deuxième côte avec douleurs sternales, douleurs dans la région sous-orbitaire et malaise suivi de l'apparition de saillie osseuse.

Aucuns stigmates de syphilis, Wassermann et hecht négatifs. La ponction lombaire a donné un liquide clair coulant en jet avec albu-

mine 0,10, lymphos 3,8. Wass. négatif. Un traitement par l'arséno-benzol, après une phase d'augmentation des douleurs, amena une grande amélioration à la 6<sup>e</sup> piqûre. La ponction lombaire et l'épreuve thérapeutique « apportent pleine confirmation du diagnostic porté » : hérédo-syphilis larvée. « Les cas d'exostoses ostéogéniques doivent toujours faire penser à la syphilis qu'il faudra rechercher de parti pris, avec obstination ».

H. RABEAU.

**Manifestations hérédo-syphilitiques et chancre induré de la même région, chez le même sujet,** par MM. LÉVY-BING et GERBAY. *Bruxelles Médical*, 15 décembre 1921.

Observation d'une malade atteinte de bec de lièvre compliqué, avec division totale de la voûte palatine, chez laquelle on constate un chancre de la langue. A propos de cette malade les auteurs estiment qu'il est vain de vouloir obtenir chez des hérédo-syphilitiques à l'aide d'antigènes ultra-sensibles, des séro-réactions positives; ces malades présentant des dystrophies ne sont pas toujours en puissance d'infection et peuvent contracter la syphilis pour leur propre compte.

H. RABEAU.

**Péritonites syphilitiques chez des nouveau-nés,** par MM. PÉHU et BONAFÉ. *Lyon Médical*, 10 juin 1922.

Les auteurs présentent deux observations de péritonite généralisée ayant pour point de départ une périviscérite portant surtout sur le foie et la rate, *sans expression clinique*, chez deux nouveau-nés présentant d'autre part des signes nets d'hérédo-spécificité. Ils font remarquer qu'il ne s'agit, dans ces deux cas, que d'une extension anormale à tout le péritoine du processus périviscéral communément observé. Ils font ressortir, dans une troisième observation concernant un enfant de 10 jours, chez lequel l'autopsie montra des lésions hépatiques, spléniques et surtout pulmonaires (dilatations bronchiques) typiques syphilitiques, l'existence très rare d'un syndrome clinique péritonéal avec vomissements porracés et la constatation nécropsique d'une péritonite plastique disséminée avec anses intestinales agglutinées, sans périviscérite prédominante.

JEAN LACASSAGNE.

**L'Hérédo syphilis tardive du larynx,** par F. J. COLLET, *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1921.

Etude complète de cette forme très particulière fréquemment confondue avec le croup en raison de la dyspnée. C'est une affection grave nécessitant souvent la trachéotomie. Résistance à la thérapeutique spécifique.

JEAN LACASSAGNE.

**Sur les rapports de la pelade et de la syphilis surtout héréditaire,** par M. R. SANOUBAUD. *Presse Médicale*, 23 juillet 1921.

La pelade vraie apparaît comme un syndrome auquel peuvent donner lieu des causes très diverses dont nous ignorons le mécanisme commun. La pelade des basedowiens, la pelade de la ménopause, la pelade liée à l'évolution tardive de la dent de sagesse sont bien connues

et ne peuvent guère être rattachées à la syphilis. Mais il y a trop de syphilitiques héréditaires avérés parmi les peladiques pour que ce fait soit un hasard. On doit pratiquer l'enquête familiale. Bien souvent un traitement antisiphilitique viendra à bout de pelades graves, stationnaires depuis des années.

H. RABEAU.

**Altérations cardio-vasculaires dans de la syphilis congénitale et dans les malformations d'origine syphilitique. Rétrécissement mitral des nouveau-nés** (Herz-und Gefäßstörungen bei Leus congenita undluetischer Keimischädigung. Die angeborene Mitralstenose), par L. HAHN. *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 42, p. 818.

De ce travail intéressant et un peu trop « cardiologique » pour ces Annales, j'extrais seulement ces 3 observations.

1<sup>o</sup> Famille X. Père atteint de sténose mitrale congénitale ; mère atteinte d'aortite (R. W. +). Un fils de 10 ans, atteint de sténose mitrale, atrophie optique double et R. W. + ; un autre fils de 8 ans atteint de sténose mitrale pure sans R. W.

2<sup>o</sup> Famille Y. Père atteint d'aortite avec R. W. +. Fils de 19 ans avec kératite parenchymateuse, sténose mitrale ; une fille de 17 ans avec une kératite interstitielle, une sténose mitrale.

3<sup>o</sup> Famille Z. Père paralytique général. 5 fausses couches ; 4 enfants mal développés dont 3 filles toutes atteintes de sténose mitrale.

H. conclut que 90 o/o des hérédo-syphilitiques présentent une sténose mitrale qui répond à un arrêt de développement ; la stabilité des altérations anatomiques explique la bénignité des symptômes.

CH. AUDRY.

**Kératite interstitielle et gomme du pariétal**, par MM. ROLLET et BUSSY. *Lyon Médical*, 25 décembre 1921.

Enfant de 4 ans. Syphilis probable du père. Dents d'Hutchinson. Pas de surdité ni d'arthrite du genou. Tuméfaction de la région pariétale gauche du volume d'une petite noix profondément enchassée dans l'os. Après 15 jours de traitement par iodure de K la gomme a disparu.

Les auteurs insistent à propos de cette observation sur la fréquence de l'association kératite et gomme.

JEAN LACASSAGNE.

**Absence des incisives latérales supérieures dans la syphilis congénitale** (Über das Fehlen der lateralen oberen Schenidezähne bei kongenitaler Syphilis), par J. STICKEL. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 6, p. 113.

Cette anomalie a été signalée dans l'hérédo-syphilis par Mandelbaum en 1917.

Sur 50 sujets porteurs de cette anomalie, S. a trouvé que 26 étaient nés de parents syphilitiques et présentaient une R. W. + (11 d'entre eux présentaient d'ailleurs des accidents).

La syphilis congénitale joue donc bien souvent un rôle dans l'étiologie de cette malformation.

(Bonne bibliographie sur la question dentaire).

CH. AUDRY.

**Présence et fréquence de la vraie et des fausses dents d'Hutchinson** (Über das Vorkommen und die Häufigkeit der ichten und falschen Hutchinsonschen Zähne), par W. HEYMANN. *Archiv für Derm. und Syph.*, 1921, t. CXXXV. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 83.

Sur 516 enfants de 7 à 13 ans, H. a trouvé 6 cas de dent d'Hutchinson vraie dont 3 avec R. W. +, et 39 cas de fausses dents d'Hutchinson avec R. W. + et 7 altérations rénales.

H. constata aussi 10 fois l'hypoplasie de la molaire de 6 ans, mais une seule fois avec R. W. +.

H. ne considère aucune de ces lésions comme absolument pathognomoniques, pas même la véritable dent d'Hutchinson.

CH. AUDRY.

**Tubercule de Carabelli (tubercule mamillaire supplémentaire de Sabouraud et hérédo-syphilis)**, par M. C. M. PAUTRIER. *Annales des maladies vénériennes*, n° 9, septembre 1921.

P. a tenté de préciser la valeur de ce signe. Des 27 observations de tubercules de Carabelli qu'il rapporte, 23 ont trait à des syphilitiques primaires ou secondaires dont l'infection se traduisait par des lésions multiples. « Faut-il admettre qu'il s'agit d'hérédo-syphilitiques à infection suffisamment atténuée pour permettre la contamination?.... Mais qu'est-ce qu'une hérédité syphilitique qui permet l'infection, ne laisse trace de son passage sous forme d'aucune dystrophie osseuse, visuelle, auditive, et qui ne se manifesterait que par le tubercule mamillaire supplémentaire? ».

H. RABEAU.

**De l'absence d'appendice xyphoïde comme signe de syphilis héréditaire**, par Louis QUEYRAT, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 novembre 1919, p. 1015.

Q. signale l'absence d'appendice xyphoïde, l'axyphoïdie, comme un signe d'hérédo-syphilis. Ce signe s'observe le plus souvent chez des sujets qui ont peu de stigmates dystrophiques et ce fait augmente la valeur de sa constatation.

Présentation d'une fillette de 14 ans atteinte de cette malformation.

R.-J. WEISSENBACH.

**Origine syphilitique des aplasies congénitales** (Zurluetischen Genese Augeborenér Defektbildungen), par C. DEUTSCHLANDER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 39, p. 783.

Quatre observations d'anomalies de développement variées congénitales dont trois chez des enfants et une d'adulte. Il s'agit d'aplasies osseuses : absence de fémur, absence partielle du péroné, etc.

D. rattache à la syphilis ces anomalies développées dans l'utérus de la mère (Les observations indiquent en effet l'hérédité syphilitique; mais les renseignements de ce chef sont un peu écourtés, et même assez peu probants).

CH. AUDRY.

**Gérodermie génito-dystrophique et hypophysaire par hérédo-syphilis** (Geroderma genito-distrofico ed ipofisario da sifilide ereditaria), par

E. MARIOTTI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1921, fasc. II, p. 135.

L'observation montre un sujet de 19 ans, présentant un type à la fois infantile, sénile et féminin. Le développement physique est insuffisant, le poids de 39 k. 600. On est frappé par les dimensions exagérées du pavillon des oreilles et celles des mains et des pieds. La radiographie explique cette dernière anomalie en montrant la persistance des cartilages épiphysaires. Elle met également en évidence par les dimensions réduites de la cavité endosellaire l'insuffisance hypophysaire à laquelle on peut rapporter le développement génital insuffisant du sujet.

Sous l'influence d'un traitement mixte (arsénobenzol, calomel, argulan) institué sur la foi d'un W. +, les caractères sexuels, les dimensions crâniennes et thoraciques, n'ont pas tardé à se développer. Au contraire, il y a eu arrêt dans la croissance exagérée des mains et des pieds. La radiographie a montré une augmentation notable de la cavité endosellaire.

PELLIER.

**Mortalité et morbidité chez les descendants infectés et non infectés de syphilitiques** (Über Mortalität und Morbidität infizierter und nicht infizierter Nachkommen von Syphilitikern), par Mmes KAUFFMANN-WOLFF et E. ABRAHAMSON. *Zeitschrift f. Klin. mediz.*, t. LXXXIX, nos 3 et 4. Analysé in *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 41, p. 807.

Dans les ménages où des enfants sont nés porteurs de kératite interstitielle, la mortalité est de 53 o/o.

Dans les ménages où un enfant est atteint de tabes précoce, la mortalité est de 63 o/o.

Dans la descendance de paralytiques généraux, si c'est la femme qui est frappée, la mortalité est de 70 o/o au moins.

On peut admettre que les enfants de ménages syphilitiques ont une mortalité moyenne de 50 o/o. La morbidité est naturellement supérieure. C'est beaucoup si un quart des descendants de ces couples reste sain.

CH. AUDRY.

**Chorée de Sydenham chez une hérédo-syphilitique. Echec du traitement par le mercure et l'arsénobenzol. Guérison rapide par le beurre arsenical**, par MOURIQUAND et MARTINE, *Lyon Médical*, 25 août 1921.

Fillette de 10 ans manifestement hérédo-syphilitique. 6 centigr. de benzoate Hg en 23 jours. 75 centigr. de néosalvarsan injectés en 40 jours n'apportent aucune modification. Par contre en faisant d'abord absorber 5 milligrammes d'acide arsénieux mêlé à 15 grammes de beurre et en augmentant progressivement de 5 milligrammes chaque jour jusqu'à 40 milligrammes, puis en diminuant, on note au bout d'une semaine une amélioration sensible. A la fin du traitement guérison complète.

JEAN LACASSAGNE.

**Traitement de la syphilis héréditaire** (Treatment of Antenatal syphilis), par FORDYCE and ROSEN, *Arch. of Dermat. and Syph.*, janv. 1922, p. 1.



Une réaction de W. doit être pratiquée chez toute femme suspecte de syphilis. Tout enfant naissant d'une mère syphilitique doit être examiné sérologiquement dès sa naissance; la réaction de W. doit être répétée 15 jours après, puis toutes les 4 semaines jusqu'à 6 mois, puis tous les 3 mois jusqu'à 2 ans. Si toutes ces réactions ont été négatives et si l'enfant ne présente aucun signe de syphilis active, alors seulement on peut admettre qu'il a échappé à l'infection. L'examen sérologique ne doit pas exclure l'examen clinique qui est le plus important; dans certains cas rares un enfant porteur de lésions syphilitiques en activité peut présenter un W. négatif. F. et R. ont adopté pour le traitement des enfants les injections intramusculaires de mercure et de néoarsphénamine. Ils ont pu ainsi obtenir des W. négatifs chez 14 enfants sur 47 qui l'avaient fortement positif. La condition essentielle à ce résultat est le début précoce du traitement, dès la naissance de l'enfant.

S. FERNET.

### **Syphilis et mariage.**

La question du mariage des syphilitiques, par G. THIBIERGE, *Revue Générale de Clinique et de thérapeutique*, n° 47, 22 novembre 1919, p. 737.

La médication arsenicale qui a fourni à la thérapeutique antisymphilitique des agents incomparablement plus actifs que le mercure, les procédés de laboratoire qui ont permis de mieux préciser l'influence du traitement sur la syphilis apportent-ils des modifications aux règles générales établies par Fournier concernant le mariage des syphilitiques.

T. conclut que les progrès récents n'ont pas modifié les règles à suivre pour permettre le mariage des syphilitiques. Ils les auraient plutôt rendues plus sévères, en introduisant un nouvel élément d'appréciation, la séro-réaction, qui, lorsqu'elle est positive doit faire reculer le mariage. Ils ne leur ont pas, malgré leur apparence, donné, dans la plupart des cas, de bases scientifiques plus précises. Le délai le plus court se réduirait à trois ans si les conditions les plus favorables étaient réalisées : traitement arsénical intensif commencé dès la première quinzaine du chancre, traitements d'entretien également intenses, réactions de B.-W. répétées et toujours négatives, absence de tout accident autre que le chancre.

Dans les semaines qui précèdent le mariage, il sera au moins prudent de faire faire une cure antisymphilitique par les arsenicaux. En outre en donnant à un syphilitique l'autorisation de se marier, le médecin ne négligera jamais de lui faire les deux recommandations suivantes pour le cas de grossesse : 1° signaler les antécédents syphilitiques à l'accoucheur et faire examiner la femme aux premiers mois de la grossesse ; 2° ne pas mettre l'enfant au sein d'une nourrice et, par suite, le faire nourrir par sa mère ou, si la mère ne peut nourrir, l'élever au biberon.

R.-J. WEISSENBACH.



**Le Mariage précoce des Syphilitiques**, par le Dr CARLE, *Journal Médecine de Lyon*, 20 avril 1921.

L'auteur se montre partisan résolu du mariage des syphilitiques à la fin de la 2<sup>e</sup> année lorsque le malade a été soumis dès le début du chancre à une médication intensive (traitement arsenical et mercuriel conjugué).

Les réactions de Wassermann ne doivent pas être considérées comme des guides certains dans l'établissement d'un pronostic ou la direction d'un traitement.

JEAN LACASSAGNE.

**Contribution à l'étude de l'autorisation de mariage à donner aux syphilitiques** (Beitrag zur Frage der Erteilung des Heiratskonsenses bei luetikern), par MAX HESSE. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1921. n° 39, p. 476.

L'observation d'une récurrence de syphilides secondaires vingt-deux ans après l'infection initiale et sans que rien plaide pour une réinfection montre la prudence avec laquelle le médecin doit autoriser le mariage des syphilitiques.

PELLIER.

### **Syphilis et traumatisme.**

**Traumatismes et syphilis dans l'enfance** (Traumatismos y sífilis en la infancia), par J. GARRIDO-LESTACHE. *La Pediatría española*, 28 février 1921, p. 42.

Sans croire que le traumatisme soit susceptible de déterminer, comme dans la tuberculose, un réveil de la vitalité de l'agent pathogène, G. L. estime que les germes spécifiques facilitent le développement d'autres bactéries et entravent la guérison jusqu'à l'intervention d'un traitement spécifique. L'importance de ces faits s'augmente par le nombre considérable de syphilis ignorées. G. L. apporte l'observation d'un enfant de 5 ans qui présentait des abcès multiples du cuir chevelu à la suite d'une petite blessure de la région occipitale. Le traitement spécifique, après R.-W. positive, amena une guérison rapide.

PELLIER.

**Note sur la syphilis dite traumatique**, par M. CLÉMENT SIMON. *Bulletin médical*, 25 juin 1921.

À propos d'un mémoire du Prof. Pasini de Milan, l'auteur montre tout l'intérêt de l'étude de cette syphilis traumatique. Il pense que les tissus de nouvelle formation qui se forment après un traumatisme sont peut-être dépourvus de toute immunité et deviennent un terrain favorable au tréponème. Alors que P. estime que la syphilis traumatique est toujours du type tertiaire, S. admet que le traumatisme provoque des lésions du type de la période où se trouve le malade.

H. RABEAU.

**Syphilis et traumatisme** (Sifilide e trauma), par A. PASINI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1921, fasc. II, p. 102.

Le mot traumatisme doit être compris dans le sens d'un ensemble de circonstances concourant à altérer la constitution anatomique et

fonctionnelle d'un organe ou d'un système déterminé. C'est à ce titre qu'à côté des faits rapportés antérieurement (gommès développées au niveau d'injections intrafessières, lésions du type tertiaire venant se greffer sur des blessures de guerre) il convient de placer l'influence bien connue de l'alcoolisme, des émotions sur l'apparition des localisations cérébrales et médullaires de l'infection.

Les observations personnelles de P. portent sur 5 cas. Trois d'entre eux ont pour point de départ des injections sous-cutanées (morphine) ou intrafessières (calomel, salicylate de Hg). L'apparition d'une ostéopériostite du front consécutive à une chute, rappelle les observations de Lacapère. Dans un cinquième cas, le traumatisme (fracture du tibia et du péroné) était antérieur à l'infection.

Rien ne démontre l'existence de réceptacles fixes où le spirochète conserve sa vitalité au cours des périodes de latence. De nombreux travaux montrent au contraire que le parasite peut conserver sa virulence au sein d'infiltrats microscopiques, résidus de lésions antérieures des tissus les plus divers. Le traumatisme a-t-il pour effet par destruction d'éléments anatomiques préexistants, de placer le spirochète en présence d'éléments cellulaires de nouvelle formation et dépourvus de toute immunité locale ?

PELLIER.

**Syphilis et traumatisme** (Syphilis and trauma), par KLAUDER, *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril 1922, p. 1029.

K. étudie le rôle du traumatisme dans l'éclosion des accidents syphilitiques au point de vue des accidents du travail. Il cite des observations dans lesquelles des ulcérations gommeuses, des gommès du testicule, un anévrisme de l'aorte, des retards de consolidation de fracture, voire même des symptômes parésiques ont apparu chez des syphilitiques consécutivement à des traumatismes. Ces observations sont cependant rares, la majorité des syphilitiques cicatrisant leurs lésions traumatiques sans complications. De même que le traumatisme peut réveiller une infection syphilitique latente en faisant apparaître une lésion spécifique au niveau du point traumatisé, de même une réaction de W., auparavant négative, peut devenir positive après un traumatisme quelconque et K. en cite deux exemples. Au point de vue médico-légal, d'après la législation des Etats-Unis (Workmen's Compensation Act), l'existence d'une syphilis antérieure chez un accidenté ne diminue pas la responsabilité du patron quant à l'incapacité ou la mort dues indirectement à la syphilis. K. recommande donc aux médecins attachés à des entreprises industrielles de pratiquer des réactions de W. à tous les ouvriers ayant subi un accident du travail et d'appliquer immédiatement le traitement antisiphilitique si la réaction a été positive. On évite de cette façon les suites fâcheuses des accidents.

S. FERNET.

**Traumatisme et syphilis** (Trauma und Syphilis), par LENZMANN, *Fortschritte der Med.*, 1921, nos 10 et 11. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. III, p. 302.

L'influence du traumatisme sur les lésions syphilitiques n'est pas

douteuse ; exemples : développement d'une aortite, d'une angor, fracture d'os gommeux ; une commotion cérébrale peut rompre des vaisseaux atteints d'artérite ; un traumatisme déchaîne une paralysie générale, un tabès, etc.

CH. AUDRY.

### Réinfection syphilitique.

Dix-neuf cas de réinfection syphilitique, dont un de double réinfection observés à la polyclinique universitaire des maladies vénériennes et cutanées, par le Prof. OLTRAMARE (de Genève). *Annales des maladies vénériennes*, n° 11, novembre 1921.

En attendant que l'avenir permette de trancher les questions de stérilisation l'auteur considère comme cas de réinfection tous ceux où à la suite d'un coït suspect nous voyons apparaître dans les délais normaux d'incubation un nouveau chancre chez un sujet ayant eu indubitablement la syphilis. Ce chancre à caractères cliniques nets doit contenir des spirochètes et s'accompagner d'adénopathie. La séro-réaction doit être conforme à ses règles d'évolution. L'auteur qui dans le même service de 1900 à 1915 n'a pas observé de cas de réinfection a recueilli ces observations depuis cette époque, leur nombre devenant plus fréquent à mesure que les traitements sont mieux appliqués et contrôlés. Du groupement de ces observations il semble qu'il soit aussi facile de stériliser une syphilis primaire à séro-réaction positive que lorsque la réaction est encore négative. Des traitements suivis se dégage ce fait que la plupart des malades n'avaient pas suivi des thérapeutiques rigoureuses. Enfin l'auteur ne pense pas qu'on doive rejeter une réinfection à cause de la faiblesse du traitement suivi, ou du temps écoulé entre les deux infections.

H. RABEAU.

Réinfection syphilitique après 5 ans (Innerhalb fünf Jahren zweimalige Syphilis infektion nach Sterilisatio magna nach der ersten Erkrankung), par M. ZEISSL. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1921, n° 49, p. 596.

Observation intéressante en ce que la réinfection se produisit en 1915 chez un étudiant qui avait été traité en 1910 d'un chancre syphilitique par une seule injection intra-musculaire de 0.60 de l'ancien salvarsan.

CH. AUDRY.

Deux réinfections syphilitiques survenues quatre ans et neuf ans après une première syphilis, par M. YEROUCHALMI. *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1921, n° 11.

Premier chancre en 1911, pilules de protoiodure 6 mois ; deuxième chancre sans adénopathie mais avec spirochètes en 1915, une série de 3 gr. 10 de néo-salvarsan ; chancres multiples et roséole en 1920.

H. RABEAU.

Réinfection chez un ancien syphilitique traité par le mercure, par M. DELGODRE. *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1921.

Observation d'un malade qui ayant eu un chancre avec roséole traité pendant trois ans par des séries d'huile grise, contracte 15 ans après un nouveau chancre typique avec spirochètes et adénopathie.

H. RABEAU.

**Superinfection et réinfection syphilitique.** par MURERO (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. ital. di Derm.*, 1920, p. 451).

La pratique journalière montre que chez le syphilitique, naturellement et par le traitement, l'immunité acquise par une première infection syphilitique, peut s'affaiblir au point de produire un *changement dans la réactivité des tissus* (umstimmung) qui peut faire espérer la guérison possible. Le facteur prépondérant de cet état réside dans le traitement largement et rationnellement appliqué de façon à stériliser les foyers de l'infection.

F. BALZER.

**Syphilis, guérison et réinfection,** par le Dr LAGAGE. *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1921.

Observation d'un malade qui 16 mois après sa première infection, ayant eu un Wassermann négatif pendant un an, contracte un nouveau chancre dur caractéristique avec spirochètes.

H. RABEAU.

**Les nouvelles données de la réinfection syphilitique,** par CARLE. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1922.

D'après C. les faits de réinfection syphilitique signalés de tous côtés, sont dus, abstraction faite des confusions avec les accidents tertiaires chancrifformes et le chancre redux, à la précocité et à l'intensité du traitement par les arsénobenzols. En outre, l'auteur est convaincu de la possibilité de réinfections, même dans des cas insuffisamment traités; c'est alors le facteur temps qui intervient.

JEAN LACASSAGNE.

**Auto- et réinfection syphilitiques** (Zur Fragen der syphilitischen Auto- und Reinfektion), par ARZT. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 17, p. 337.

2 cas de réinfection. Dans l'un d'eux, il s'agit d'une femme qui contracta à deux reprises la syphilis avec le même homme, ce qui prouve qu'une réinfection peut se faire avec la même race de spirochètes que la première inoculation.

(J'ai jadis publié l'histoire d'un homme qui fut réinfecté par la femme qu'il avait lui-même contaminée (N. d. T.).

CH. AUDRY.

**Les conditions de la réinfection syphilitique,** par M. CARLE. *Annales des maladies vénériennes*, juin 1921.

Parmi les facteurs de réinfection l'élément essentiel paraît être l'intensité de traitement; l'élément temps est à peu près complètement négligé. L'auteur publie une observation qui lui paraît démontrer que la disparition de l'immunité pouvait être fonction du temps aussi bien que du traitement.

H. RABEAU.

## REVUE DES LIVRES

**Contribution à l'étude des albumines du liquide céphalo-rachidien en particulier dans la syphilis**, par HENRI RABEAU (Travail du service et du laboratoire de M. Ravaut, à l'hôpital Broca). *Thèse*, Paris, 1921.

L'augmentation de l'albumine rachidienne est une notion d'une importance considérable en clinique; elle suffit à prouver le caractère organique d'une affection du système nerveux. R. a pendant plusieurs années étudié l'albumine rachidienne dans la syphilis et en dehors de la syphilis. Ses mesures ont été faites avec l'albuminimètre de MM. Ravaut et Boyer, appareil pratique, simple, rapide. Ce sont les résultats de ces recherches qu'il expose dans sa thèse.

Il s'est attaché à préciser le taux normal de l'albumine qui oscille entre 0 gr. 20 et 0 gr. 25. Lorsqu'elle atteint un chiffre plus élevé elle s'accompagne le plus souvent de réaction cellulaire qui vient souligner la signification de l'hyperalbuminose. Cette albumine, composée à l'état normal de sérine et de globuline, ne peut, en l'état actuel des techniques, être séparée avec précision en ses deux constituantes. La recherche des « globulines » n'apporte pas un élément de diagnostic d'une valeur sûre. La recherche globale des albumines doit lui être préférée.

Au cours du lichen, du zona, de l'herpès, R. a observé de légères hyperalbuminoses. Souvent dans les paralysies diphtériques la réaction méningée se traduit par une augmentation de l'albumine, les cellules restant en nombre normal. Au cours de l'encéphalite épidémique on observe souvent de petites hyperalbuminoses. Il est rare qu'elles soient importantes et l'hyperalbuminose peut être proportionnellement plus marquée que l'hyperleucocytose. M. Ravaut, au début de la guerre, a montré chez les commotionnés la blessure indirecte du système nerveux, grâce à la constatation d'une augmentation de l'albumine rachidienne. Par une constatation semblable on peut caractériser la nature organique de certaines psychoses.

A toutes les périodes de la syphilis (V. les mémoires de M. Ravaut sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, 1903-1914), on peut trouver une hyperalbuminose rachidienne. R. l'a étudiée chez de très nombreux malades. Elle est exceptionnelle au cours de la syphilis primaire; elle est très fréquente dans la syphilis secondaire; elle est abondante au cours des méningites aiguës et des réactions méningées cliniquement latentes, si fréquentes chez les syphilitiques et dont la connaissance est due à M. Ravaut. Le traitement la ramène le plus souvent à un taux normal. A mesure qu'on s'éloigne du début de la syphilis, la valeur de l'hyperalbuminose, si on la compare à la réaction de B.-W. change, et pour des chiffres identiques d'albumine la proportion des réactions de B.-W. positives devient de plus en plus grande. Dans les méningites chroniques, le tabès, le taux d'albumine est variable et peut tendre à la normale sous l'influence du

traitement. Dans la P. G. P. le chiffre d'albumine est habituellement élevé.

Une notion très importante en pratique est celle des hyperalbuminoses isolées que l'on constate souvent chez les syphilitiques anciens sans signes nerveux. On peut considérer cette augmentation de l'albumine sans réaction cellulaire et sans réaction de B.-W., comme l'équivalent d'une cicatrice méningienne. R. montre par des graphiques l'évolution et la persistance de l'albumine sans qu'on ait pu pendant toute l'observation clinique noter l'apparition d'un symptôme nerveux objectif. La constatation d'une hyperalbuminose isolée, chez un syphilitique ancien porteur de signes nerveux, semble indiquer le caractère non évolutif des lésions.

La réaction des albumines est la plus stable des réactions du liquide céphalo-rachidien. C'est elle qui disparaît la dernière. Elle précise la signification de la lymphocytose et du B.-W. L'état du système nerveux ne peut être jugé par l'étude des seuls signes cliniques, l'analyse du liquide céphalo-rachidien est indispensable. La réaction de B.-W. du liquide céphalo-rachidien, seul critérium de la neuro-syphilis, est liée à la réaction des albumines, mais l'intensité de la réaction de B.-W. n'est nullement proportionnelle à celle des albumines. Il est exceptionnel cependant de voir un B.-W. positif avec un taux d'albumine normal. Dans l'hérédosyphilis, enfin, le liquide céphalo-rachidien se comporte comme dans la syphilis acquise. Toutefois l'hyperalbuminose sans signes objectifs est exceptionnelle.

La réaction du benjoin colloïdal est une méthode à la fois simple et sûre; elle donne des résultats parallèles à ceux de la réaction de B.-W. Elle est d'interprétation plus facile que la réaction de Sachs et Georgi que R. a également étudiée, méthode intéressante mais qui nécessite l'emploi d'extraits d'une préparation délicate.

MARCEL FERRAND.

---

## NÉCROLOGIE

---

### Le professeur De Azua (1859-1922).

Le prof. D. Juan de Azua y Suarez, était né à Madrid ; pendant son internat dans les hôpitaux de Madrid, il avait eu le malheur de perdre en trois jours l'œil gauche contagionné par un enfant atteint d'une double ophtalmie blennorragique. Son ardeur au travail ne fut pas ralentie par ce déplorable accident. En 1889, il fut chargé d'un service de consultation dermatologique ; en 1892, il fut nommé professeur de dermatologie et syphiligraphie à la Faculté de Médecine, mais sa chaire ne fut officielle qu'en 1903. Il fut remarquable dans ses fonctions de professeur par le zèle et l'activité enthousiastes qu'il déployait et qu'il communiquait à ses élèves. Il mit tous ses efforts à faire connaître les nouvelles méthodes cliniques et de laboratoire pour le diagnostic et le traitement des dermatoses et il s'en fit le vulgarisateur infatigable. En 1903, il organisa la section dermatologique du Congrès international de Médecine. Sous sa direction, l'hôpital San Juan de Dios fut un centre d'enseignement : véritable chef de l'Ecole dermatologique espagnole, il fonda la Société de Dermatologie espagnole et le Journal *Actas dermosifiligraficas*. La liste de ses publications est considérable, mais son activité extrême put contribuer à provoquer l'attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie gauche qui nuisit beaucoup à son travail dans les quatre dernières années de sa vie. Ses élèves et ses collègues regrettent notamment que cet organisateur de la dermo-syphiligraphie en Espagne se soit trouvé dans l'impossibilité d'écrire un Traité national dans lequel il aurait résumé ses travaux et son expérience si laborieusement acquise.

F. BALZER.

---



## NOUVELLES

### CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

#### Cours de dermatologie et maladies vénériennes

Sous la Direction de M. le Professeur Jeanselme  
avec la collaboration de :

M. le professeur Sébilleau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'Hôpital Saint-Louis, Lian, Darre, Tixier, de Jong, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux ; M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; MM. Coutela, ophthamologiste des hôpitaux ; Hautant, Lemaitre, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; Sabouraud, chef du Laboratoire municipal de l'Hôpital Saint-Louis, P. Chevalier, ancien chef de clinique, Burnier, Marcel Bloch, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté ; Pomaret, Giraudeau, chef des travaux chimiques et physiques ; Marcel Sée, Bizard, Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis ; Barbé, médecin des asiles ; Richard, Flurin.

Le cours complet de *DERMATOLOGIE* commencera le 9 avril 1923.

Le cours complet de *VÉNÉRÉOLOGIE* commencera le 23 mai 1923.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis et à l'Amphithéâtre de la Clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat (10<sup>e</sup>), Paris.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examens et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsentherapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique à la Faculté, Hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

---

*Le Gérant : F. AMIRAULT.*

---

t.  
e,  
r-  
a,  
o-  
le  
r,  
a-  
es  
le  
;  
il  
ai

à  
h,  
-  
e  
n  
e

s

t

n

-

s

a